

## DIGESTIVE DISORDER QUESTIONNAIRE / पचनविषयक विकाराची प्रश्नावली

(To be filled by the Life To Be Assured)/ (जीवन विमा उतरविलेल्या व्यक्तीने भरावे)

For questions answered as "YES", please provide complete details with medical reports.

"होय" म्हणून उत्तर दिलेल्या प्रश्नांसाठी, कृपया वैद्यकीय अहवालांसह पूर्ण तपशील प्रदान करा.

Name of Life To Be Assured: जीवन विमा उतरविलेल्या व्यक्तीचे नाव: \_\_\_\_\_

Proposal No.: / प्रस्ताव क्र.: \_\_\_\_\_

1. Please state the precise diagnosis, if known.

कृपया अचूक निदान नमुद करा, ज्ञात असल्यास.

2. When was this condition first diagnosed? / या स्थितीचे प्रथम निदान कधी झाले?

3. Have you had a barium meal or any other investigations? / आपण बेरियम मील किंवा कोणत्या इतर तपासण्या केल्या आहेत? Yes/ No/ होय नाही

If yes, please provide details, including dates of investigations and results. /

कृपया तपासण्यांच्या आणि परिणामांच्या तारखांसह, तपशील प्रदान करा.

4. Regarding your symptoms: / आपल्या लक्षणांशी संबंधित:

a) Please describe your symptoms / कृपया आपल्या लक्षणांचे वर्णन करा

b) When did symptoms first occur? / लक्षणे प्रथम केव्हा दिसली?

c) How frequently do symptoms occur? eg how often in the last 12 months

लक्षणे किती वारंवार दिसतात? उदा. गेल्या 12 महिन्यांमध्ये किती वारंवार दिसली

d) When was the last occurrence of symptoms? / शेवटची लक्षणे कधी दिसली?

5. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered?

Yes/ No

या स्थितीमुळे आपण ऑपरेशन केले होते किंवा ऑपरेशन करून घ्यायचा विचार केला आहे?

होय /नाही

6. Have you experienced any problems or complications following surgery?

Yes / No

आपल्याला ऑपरेशननंतर कोणत्या समस्या किंवा जटिलता आल्या?

होय /नाही

If yes, please provide details. / होय असल्यास, कृपया तपशील प्रदान करा.

7. Have you been discharged from follow-up?

Yes / No

आपल्याला पुढील उपचारांमधून सुट्टी देण्यात आली?

होय /नाही

If yes, please state when. / होय असल्यास, कृपया कधी हे नमुद करा

8. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken.

कृपया आपल्या उपचारांचे तपशील प्रदान करा. औषधोपचारांची नावे, मात्रा आणि ते किती वेळा घेतले हे समाविष्ट करा.

a) Currently / सध्या

b) In the past / पूर्वी

9. Regarding the monitoring of your condition: / आपल्या स्थितीचे परिक्षणाशी संबंधित:

a) Who is in charge of your follow-up? / आपल्या पुढील उपचारांचे प्रमुख कोण आहे?

b) How often do you attend for follow-up? / आपण पुढील उपचारांसाठी किती वारंवार उपस्थित राहता?

c) When was your last consultation? / आपण शेवटचा सल्ला कधी घेतला होता?

10. Have you lost significant time (e.g., weeks) off work with this condition?

Yes / No

या स्थितीमुळे आपण सुट्टीची महत्त्वाची वेळ गमावली आहे (उदा. आठवडे)?

होय / नाही

If yes, please provide details including dates and duration of time off work.

होय असल्यास, कृपया कामावरून सुट्टी घेतल्याच्या तारखा आणि कालावधी प्रदान करा.

11. Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application.

कृपया आपल्या अर्जावर प्रक्रिया करण्यात उपयुक्त ठरेल असे आपल्याला वाटत असलेल्या आपल्या स्थितीबद्दल कोणतीही अतिरिक्त माहिती प्रदान करा..

**Declaration by the Life To Be Assured:**

I declare that the answers I have given are, to the best of my knowledge, true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this application. I agree that this form will constitute part of my application for life assurance with Canara HSBC Oriental Bank Of Commerce Life Insurance Company Ltd and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract.

**जीवन विमा उतरविलेल्या व्यक्तीद्वारे प्रतिज्ञापत्र:**

मी घोषित करतो की मी दिलेली उत्तरे, माझ्या माहितीनुसार, सत्य आहेत आणि मी या अर्जाच्या मूल्यमापनावर किंवा स्वीकृतीवर प्रभाव पाडू शकणारी कोणतीही महत्त्वाची माहिती देण्यास नकार देत नाही. मी सहमती देतो की हे प्रपत्र कॅनरा एचएसबीसी ओरिएन्टल बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड ('कंपनी') सह जीवनाच्या हमीसाठी माझ्या अर्जाचा भाग असेल आणि मला ज्ञात असलेले कोणतेही महत्त्वाचे तथ्य उघड न केल्यास करार रद्द केला जाईल.

Date & Place: /

तारीख आणि ठिकाण:

Signature of Life to be Assured /

जीवन विमा उतरविलेल्या व्यक्तीची स्वाक्षरी

**Declaration, if this form is signed in Vernacular/Thumb Impression:**

I, \_\_\_\_\_ son / daughter of \_\_\_\_\_, an adult residing at \_\_\_\_\_ hereby declare that the contents of this form have been duly explained to me in \_\_\_\_\_ language and have been understood by me.

(Signature of the customer) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Contact No. \_\_\_\_\_

**घोषणापत्र, हे प्रपत्र देशी भाषेत स्वाक्षरीकृत केले असल्यास/अंगठ्याचा ठसा दिला असल्यास:**

मी, \_\_\_\_\_ यांचा मुलगा / मुलगी, \_\_\_\_\_ येथे रहात असून मी कायद्याने सजान आहे,

मी याअन्वये घोषित करतो की या प्रपत्राची सामग्री मला \_\_\_\_\_ भाषेत योग्यरित्या स्पष्ट करून सांगितली आहे आणि माझ्याकडून समजावून घेण्यात आली आहे.

(ग्राहकाची स्वाक्षरी) \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_ संपर्क क्र. \_\_\_\_\_

**Instruction & Disclaimer/ सूचना आणि अस्वीकरण:**

• Kindly fill in the details in Hindi/English only.

कृपया तपशील केवळ हिंदी/इंग्रजीत भरा.

• In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail

सामग्रीचा अर्थ लावण्यात कोणत्याही असहमतीच्या बाबतीत, इंग्रजी आवृत्तीस प्राधान्य दिले जाईल.