

EPILEPSY QUESTIONNAIRE / अपस्माराबद्दल प्रश्नावली

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

Name of Life To Be Assured / जीवन विमा उतरविलेल्या व्यक्तीचे नाव: _____
Proposal No. / प्रस्ताव क्र. _____

1. When your epilepsy was first diagnosed / आपल्या अपस्माराचे प्रथम निदान कधी झाले?

2. Has it been described as any particular type, e.g. grand mal, absence seizures, etc.?
त्याचे एखादा विशिष्ट प्रकार म्हणून वर्णन केले आहे, उदा. गॅंड माल, अॅबसेन्स सीझर इ.
If yes, please provide details / होय असल्यास, कृपया तपशील द्या

Yes No
होय नाही

3. Have you undergone any investigations, such as EEG, CT or MRI scan?
आपण कोणत्याही तपासण्या करून घेतल्या आहेत, जसे की EEG, CT किंवा MRI स्कॅन?
If yes, please provide details including dates of investigations and results
होय असल्यास, कृपया तपासण्यांच्या आणि परिणामांच्या तारखांसह तपशील प्रदान करा

Yes No
होय नाही

4. Regarding the nature and frequency of your attacks/आपल्या झटकांच्या प्रकाराशी आणि स्वरूपाशी संबंधित:

a) Please describe the nature of your attacks including if any loss of consciousness.
कृपया शुद्ध हरपून कोणतेही नुकसान झाल्यासह आपल्या झटकांच्या स्वरूपाचे वर्णन करा.

b) Are you aware of any specific provoking cause for your attack?
आपल्या झटकांबद्दल कोणत्याही चेतावणी देणाऱ्या लक्षणाबद्दल आपण जागरूक आहात?

Yes No
होय नाही

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

c) How long does each attack usually last / सामान्यतः प्रत्येक झटका किती वेळ राहतो?

d) How many attacks, fits or seizures have you had in the last 12 months
गेल्या 12 महिन्यांमध्ये आपल्याला किती झटके, मिरगी किंवा अभिग्रहण झाले होते?

e) When was your last attack / आपल्याला शेवटचा झटका कधी आला होता?

f) Have you ever required hospitalisation as a result of an epileptic attack?
अपस्माराचा झटका म्हणून आपल्याला कधी रुग्णालयात दाखल करावे लागले?

Yes No
होय नाही

If yes, please provide details/होय असल्यास, कृपया तपशील द्या

5. Please provide details of your treatment. Include names of medication (i.e. Dilantin, Tegretol, etc.), dosage and how often taken:
कृपया आपल्या उपचारांचे तपशील प्रदान करा. औषधांची नावे समाविष्ट करा (उदा. डिलान्टिन, टेग्रेटॉल, इ.), मात्रा आणि किती वेळा घेतली:

a) Currently / सध्या.

b) If this has been changed in the last two years, please describe in what way and why
गेल्या दोन वर्षांमध्ये ती बदलली असल्यास, कृपया कोणत्या प्रकारे आणि का याचे वर्णन करा

6. Regarding the monitoring of your condition / आपल्या स्थितीच्या 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 वेळा उपस्थित राहता??

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

7. Please provide details, including dates and duration, of any time off work due to your epilepsy.
कृपया आपल्या अपस्मारामुळे कामावरून सुट्टी घेण्याच्या तारखा आणि कालावधीसह, तपशील प्रदान करा.

8. Are you prevented from holding a driving license or are your activities restricted in any other way due to epilepsy? Yes No / होय नाही
आपल्याला अपस्मारामुळे वाहन चालविण्याच्या परवाना घेण्यापासून प्रतिबंधित करण्यात आले आहे किंवा एखाद्या अन्य प्रकारे प्रतिबंधित करण्यात आले आहे?

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

9. Does your occupation involve any work at heights, handling or working with heavy machinery or any other aspect which may increase the risk should you have an attack whilst at work? Yes No / होय नाही
आपला व्यवसाय उंचावरील एखाद्या कामाचा आहे, अवजड यंत्रणा हाताळणे किंवा त्यावर काम करणे किंवा कामावर असताना झटक्याची जोखीम वाढवू शकतो अशा एखाद्या अन्य घटकाशी संबंधित आहे?

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

10. 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 एखादी 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 सहमतो देतो की हे प्रपत्र कॅनरा एचएसबीसी ओरिएण्टल बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड ('कंपनी') सह जीवनाच्या हमीसाठी माझ्या अर्जाचा भाग असेल आणि मला जात 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.