

GYNECOLOGICAL DISORDERS QUESTIONNAIRE – APPLICANT

स्त्रीरोग विषयी विकारांबाबत प्रश्नावली – अर्जदार

(Includes Abnormal Cervical Smear, Hysterectomy, Menstrual problems, etc.)
(असामान्य सर्व्हाइकल स्मीअर, गर्भाशयच्छेदन, मासिक पाळीच्या समस्या इ. समाविष्ट आहेत)

Name of Life To Be Assured: / जीवन विमा उतरविणाऱ्या व्यक्तीचे नाव: _____

Proposal No.: / प्रस्ताव क्र.: _____

1. Please state the precise diagnosis if known. / कृपया ज्ञात असल्यास अचूक निदान नमूद करा.

2. Regarding your symptoms: / आपल्या लक्षणांशी संबंधित:

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

b) Please describe your symptoms. \ कृपया आपल्या लक्षणांचे वर्णन करा

c) How frequently do symptoms occur? e.g. how often in the last 12 months / लक्षणे किती वारंवार दिसतात? उदा. गेल्या 12 महिन्यांमध्ये किती वारंवार

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

3. Have you undergone any test or investigations for this condition? Yes / No

या स्थितीबद्दल आपण कोणत्या चाचण्या किंवा तपासण्या करून घेतल्या आहेत?

होय / नाही

If yes, please provide details including date of investigations and results with copy of medical reports

होय असल्यास, कृपया वैद्यकीय अहवालाच्या प्रतिसह तपासण्यांच्या आणि परिणामांच्या तारखेसह तपशील द्या

4. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered? Yes / No

आपण या स्थितीमुळे ऑपरेशन केले होते किंवा ऑपरेशनचा विचार केला आहे?

होय / नाही

If yes, please provide date(s) and full details with medical reports including name of the surgery, names of hospital and consultant/surgeon.

होय असल्यास, कृपया शस्त्रक्रियेचे नाव, हॉस्पिटलची नावे आणि सल्लागार/शल्यचिकित्सकाची नावे यासह वैद्यकीय अहवालाची(च्या) तारीख(खा) आणि पूर्ण तपशील द्या.

5. Have you experienced any symptoms following surgery? Yes / No

शस्त्रक्रियेपूर्वी आपल्याला कोणतीही लक्षणे दिसत होती?

होय / नाही

If yes, please provide details

होय असल्यास, कृपया तपशील द्या

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

कृपया आपल्या उपचाराचे तपशील द्या. औषधांची नावे, मात्रा आणि ती किती वेळा घेतली हे समाविष्ट करा:

Currently: / सध्या: _____

The past: / पूर्वी: _____

7. Are you currently on follow up? Yes / No

आपण सध्या पाठपुरावा करत आहात?

होय / नाही

If yes, please state how often.

होय असल्यास, कृपया किती वारंवार ते नमूद करा

If no, when were you discharged from follow-up? / नाही असल्यास, आपली पाठपुराव्यातून सुट्टी कधी झाली?

8. Have you lost significant time (e.g. weeks) off work with this condition? Yes / No

आपण या स्थितीसह सुट्टीची महत्त्वाची वेळ (उदा. आठवडे) गमावले आहेत?

होय / नाही

If yes, please provide details including dates and duration of time off work.
होय असल्यास, कृपया सुट्टीच्या वेळेच्या तारखा आणि कालावधीसह तपशील द्या

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

कृपया ज्यामुळे आपल्या अर्जावर प्रक्रिया करण्यात उपयुक्त ठरेल असे आपल्याला वाटत असलेली आपल्या स्थितीवरील कोणतीही अतिरिक्त माहिती द्या.

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. Date & Place: Signature of Life to be Assured Declaration in case Life To Be Assured signs in Vernacular / Uses Thumb Impression: I have read out and fully explained the contents of the questionnaire and she has understood the same. I have truthfully recorded the replies given by the Life to be Assured and that the Life to be Assured has affixed the signatures/thumb impression above after fully understanding the contents thereof.

जीवन विमा उतरविणाऱ्या व्यक्तीद्वारे प्रतिज्ञापत्र:

मी घोषित करतो की मी दिलेली उत्तरे माझ्या माहितीप्रमाणे योग्य, सत्य आहेत आणि या अर्जाचे मूल्यांकन किंवा स्वीकृती करण्यास प्रभावित करू शकणारी कोणतीही तथ्य माहिती देण्याचे मी नाकारले नाही. मी सहमती देतो की हे प्रपत्र केनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इश्योरंस कंपनी लि सह लाइफ इन्शुरन्ससाठी माझ्या अर्जाचा भाग असेल आणि मला माहित असलेली कोणतीही वस्तुस्थिती उघड न करणे या करारास अवैध करू शकते. तारीख आणि ठिकाण: जीवन विमा उतरविणाऱ्या व्यक्तीने देशी भाषेत स्वाक्षरी करत असल्यास / अंगठ्याचा ठसा वापरत असल्यास जीवन विमा उतरविणाऱ्या व्यक्तीच्या घोषणापत्रावर स्वाक्षरी: मी प्रश्नावलीची सामग्री वाचली आहे आणि मला ती पूर्णपणे स्पष्ट करून सांगण्यात आली आहे आणि त्याने/तिने ही समजून घेतली आहे. मी जीवन विमा उतरविणाऱ्या व्यक्तीची दिलेली प्रत्युत्तरे सत्यतापूर्वक नोंदवून घेतली आहेत आणि जीवन विमा उतरविणाऱ्या व्यक्तीने ही सामग्री पूर्णपणे समजून घेतल्यानंतर वर स्वाक्षऱ्या/अंगठ्याचा ठसा लावला आहे.

Date & Place/
तारीख आणि ठिकाण

Name and Signature of Declarant /
आणि प्रतिज्ञाकर्त्याची 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.
सामग्रीच्या अर्थ लावण्याच्या कोणत्याही असहमतीच्या बाबतीत, इंग्रजी आवृत्तीस प्राधान्य दिले जाईल.