

## RESPIRATORY DISORDER QUESTIONNAIRE/ श्वसन विकाराबाबत प्रश्नावली

(Asthma, Bronchitis, Emphysema, etc.)/ (दमा, ब्रॉन्कायटिस, वातस्फीती, इ.)

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

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

### Part 1 – To be filled by the Life To Be Assured or Proposer if Life To Be Assured is a minor:

भाग 1 – जीवन विमा उतरविणाऱ्या व्यक्तीने किंवा जीवन विमा उतरविणारी व्यक्ती अल्पवयीन असल्यास प्रस्तावकाने भरावे:

1. Please state the precise diagnosis (if known):/ कृपया अचूक निदान नमूद करा (जात असल्यास):

\_\_\_\_\_

2. When was this condition first diagnosed? (Please give exact age/year of onset)

या स्थितीचे सर्वप्रथम निदान केव्हा झाले? (कृपया आजाराक सुरुवात झाली ते नेमके वय/वर्ष द्या)

\_\_\_\_\_

3. Have you had any X-rays, PFT or other investigations for this condition?

आपण या स्थितीसाठी कोणतीही क्ष-किरण तपासणी, PFT किंवा अन्य तपासण्या केल्या होत्या?

Yes / No

होय /नाही

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

होय असल्यास, कृपया तपासण्यांच्या तारखा आणि वैद्यकीय अहवालासह परिणामांसह तपशील द्या

\_\_\_\_\_

4. Have you been admitted to hospital for this condition?

आपल्या लक्षणांशी संबंधित.

Yes / No

होय /नाही

If yes, attach attending physician's report / hospital discharge card.

होय असल्यास, उपचार करणाऱ्या चिकित्सकाचा अहवाल / हॉस्पिटलमधून सुट्टीचे कार्ड संलग्न करा.

5. Regarding your symptoms. / आपल्या लक्षणांशी संबंधित.

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

\_\_\_\_\_

b) How frequently do symptoms occur? E.g. how many attacks on an average do you have in a year?

लक्षणे किती वारंवार दिसतात? उदा. एका वर्षात आपल्याला सरासरी किती वेळा त्रास झाला?

\_\_\_\_\_

6. Do your symptoms wake you at night? Yes No / आपल्या लक्षणांमुळे आपल्याला रात्री उठावे लागते? होय नाही

If yes, how often (per month)? / होय असल्यास, किती वेळा (प्रति महिना)?

\_\_\_\_\_

7. Are your attacks seasonal? Yes No / आपल्याला ऋतुनुसार त्रास होतो? होय नाही

If yes, give number of attacks per season: / होय असल्यास, प्रति ऋतुमध्ये त्रास किती वेळा झाला ती संख्या द्या:

\_\_\_\_\_

8. Are you aware of any specific provoking cause(s) which trigger your symptoms? E.g. stress, etc Yes No

आपल्याला आपली लक्षणे प्रवर्तित करणाऱ्या कोणत्याही विशिष्ट कारण ठरणाऱ्या कारणा(णां)ची जाणीव आहे? उदा. ताण इ. होय नाही

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

\_\_\_\_\_

9. When was the last occurrence of symptoms and how long the symptoms usually last?/

अंतिम लक्षणे केव्हा दिसली आणि सामान्यतः लक्षणे किती काळ टिकतात?

\_\_\_\_\_

10. How many days (total) during last two years you been away from work due to this condition?

गेल्या दोन वर्षांमध्ये या स्थितीमुळे आपण किती दिवस (एकूण) कामावर गेला नाहीत?

\_\_\_\_\_

11. Please provide details of your treatment, include *name of medication* (e.g. Asthalin, Bricanyl, Vent, Deriphyline etc), dosage and how often taken. Include details of *tablets, injections and inhalers*.  
कृपया आपल्या उपचाराचे तपशील द्या, औषधांचे नाव (अस्थालिन, ब्रायकॅनिल, व्हेंट, डेरिफायलाईन इ.), मात्रा आणि किती वारंवार घेतली हे समाविष्ट करा. टॅब्लेट्स, इंजेक्शन आणि इनहेलरचे तपशील समाविष्ट करा.

a) Currently: / सध्या: \_\_\_\_\_

b) In the past: / पूर्वी: \_\_\_\_\_

12. Have you ever taken steroids? E.g. Beclomethasone, Prednisolone etc. Yes / No  
आपण कधी स्टेरॉइड घेतली आहेत? उदा. बेक्लोमेथासोन, प्रेडनिसोलोन इ. होय / नाही

If yes, please provide full details including duration and type of treatment like inhaler, tablets etc.  
होय असल्यास, कृपया इनहेलर, टॅब्लेट इ. सारख्या उपचारांचा कालावधी आणि प्रकार यासह पूर्ण तपशील द्या.

13. Regarding the monitoring of your condition: / आपल्या स्थितीच्या परीक्षणाशी संबंधित:

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

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

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

14. Do you smoke \* cigarettes / beedis / cigar / pipes? Yes/ No  
आपण धूम्रपान करता का \* सिगारेट / बीडी / सिगार / पाईप? होय / नाही

\*(Strike off whichever is not applicable) If yes, how many? \_\_\_\_\_ per day, since last/ \_\_\_\_\_ years.

\*(लागू नसलेले खोडून टाका) होय असल्यास, किती वेळा? \_\_\_\_\_ प्रति दिवस, गेल्या \_\_\_\_\_ वर्षांपासून.

15. Please provide any additional information on your condition, which 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.

#### **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 कॅनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इश्योरेंस कंपनी लि सह लाइफ इन्शुरन्ससाठी माझ्या अर्जाचा भाग असेल आणि मला माहित असलेली कोणतीही वस्तुस्थिती उघड न करणे या करारास अवैध करू शकते.

Date & Place: / तारीख आणि ठिकाण:

Signature of Life to be Assured/ जीवन विमा उतरविणाऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरी

#### **PART 2 – To be filled by the Attending Physician of the Life To Be Assured:**

#### **भाग 2 – जीवन विमा उतरविणाऱ्या व्यक्तीवर उपचार करणाऱ्या चिकित्सकाने भरावे:**

1. Please give the diagnosis and date of diagnosis: / कृपया निदान आणि निदानाची तारीख द्या:

2. Please provide details of the frequency of attacks and the date of the last attack

कृपया त्रास झाल्याच्या वारंवारतेचे आणि अंतिम वेळी त्रास झाल्याच्या तारखेचा तपशील द्या

3. Would you describe the patient's condition as mild, moderate or severe? MILD MODERATE SEVERE  
आपण रुग्णाच्या स्थितीचे सौम्य, मध्यम किंवा गंभीर या स्वरूपात वर्णन करू शकता? सौम्य मध्यम गंभीर

4. Is there any limitation of functional capacity including ability to work? If so please give details including dates and duration of any time off work.  
कार्य करण्याच्या क्षमतेसह कार्यक्षमतेची कोणतीही मर्यादा आहे? तसे असल्यास कृपया तारीख आणि कार्य बंद असण्याच्या कोणत्याही कालावधीसह तपशील द्या.

5. Please provide the dates and results of any investigation e.g. pulmonary function tests, chest x-rays etc.  
कृपया कोणत्याही तपासणीच्या तारखा आणि परिणाम प्रदान करा उदा: फुफ्फुसांच्या कार्याची चाचणी, छातीचे क्ष-किरण इ.

6. Please give details of treatment, particularly any steroid therapy./ कृपया उपचाराचे तपशील द्या, विशेषतः कोणत्याही स्टेरॉइड थेरपीचे.

7. Are you aware of any complicating features of the patient's condition? E.g. cigarette smoking, occupation, etc so, please give details.  
आपल्याला रूग्णाच्या स्थितीची कोणतीही क्लिष्टता वैशिष्ट्ये माहिती आहेत? उदा. सिगारेट धूम्रपान करणे, व्यवसाय, इ तसे असल्यास, कृपया तपशील द्या.

I certify that the proposer/ Life To Be Assured has put her/ his signature in my presence and I am satisfied with his/her identity  
मी प्रमाणित करतो की प्रस्तावक/जीवन विमा उतरविणाऱ्या व्यक्तीने तिची/ त्याची स्वाक्षरी माझ्या समोर केली आहे आणि मी त्याच्या/तिच्या ओळखीबद्दल समाधानी आहे

**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 सज्जान 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 भरावा.
- 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.