

DIGESTIVE DISORDER QUESTIONNAIRE/ ହଜମ ପ୍ରକ୍ରିୟାର ବ୍ୟତିକ୍ରମଣର ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ
(To be filled by the Life To Be Assured)/ (ବାମାଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ)

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

ଫୋର୍ ଉତ୍ତରାଦିତ୍ତର ଅନୁସ୍ୱେରେଡ୍ ଅସ ଏସ୍ ଯେଅସେ ଥେ କୋମପଲେଡେ ଦେଡିଲସ୍ ବିଥ୍ ମେଡିକଲ୍ ରିପୋର୍ଟସ୍

Name of Life To Be Assured:/ ବାମାଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ: _____

Proposal No.:/ ପ୍ରପୋଜାଲ ନଂ : _____

1. Please state the precise diagnosis, if known./ ଯଦି ଜାଣିଥିବେ ତେବେ, ଦୟାକରି ସଠିକ୍ ଚିହ୍ନଟ ହୋଇଥିବା ଦର୍ଶାନ୍ତୁ ।

2. When was this condition first diagnosed? / ପ୍ରଥମେ ଏହି ସ୍ଥିତି କେବେ ଚିହ୍ନଟ ହୋଇଥିଲା?

3. Have you had a barium meal or any other investigations? ଆପଣ ଏକ ବେରିୟମ୍ ଖାଦ୍ୟ କିମ୍ବା ଯେକୌଣସି ଅନ୍ୟ ଯାଞ୍ଚ କରିଥିଲେ କି? Yes No / ହଁ ନା

If yes, please provide details, including dates of investigations and results./ ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ଯାଞ୍ଚର ତାରିଖ ଏବଂ ଫଳାଫଳ ଜଣାନ୍ତୁ ।

4. Regarding your symptoms: / ଆପଣଙ୍କର ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ସମ୍ବନ୍ଧରେ:

a) Please describe your symptoms/ ଦୟାକରି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ

b) When did symptoms first occur? / ପ୍ରଥମ ଲକ୍ଷଣ କେବେ ଘଟିଥିଲା?

c) How frequently do symptoms occur? eg how often in the last 12 months/ ପ୍ରଥମ ଲକ୍ଷଣ କେବେ ଘଟିଥିଲା? ଯଥା ବିଗତ 12 ମାସରେ କିପରି ହୋଇଥିଲା

d) When was the last occurrence of symptoms?/ ଶେଷ ଥର ପାଇଁ ଲକ୍ଷଣ କେବେ ଦେଖାଯାଇଥିଲା?

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

ଏହି ସ୍ଥିତି ପାଇଁ ଆପଣ ଅପରେସନ୍ କିମ୍ବା ଅପରେସନ୍ ପାଇଁ ବିଚାର କରୁଛନ୍ତି କି?

Yes No / ହଁ ନା

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

ଏହି ସର୍ଜରୀ ପାଇଁ ଆପଣ କୌଣସି ପ୍ରକାରର ସମସ୍ୟା କିମ୍ବା ଜଟିଳତା ଅନୁଭବ କରୁଛନ୍ତି କି?

Yes No / ହଁ ନା

If yes, please provide details./ ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।

7. Have you been discharged from follow-up? / ଆପଣ ଏଠାରୁ କେବେ ବାହାରି ଥିଲେ?

Yes No/ ହଁ ନା

If yes, please state when./ ଯଦି ହଁ, ତେବେ କେବେ ବାହାରିଥିଲେ

8. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken./ ଦୟାକରି ଆପଣଙ୍କର ଚିକିତ୍ସାର ବିବରଣୀ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ ।

ଔଷଧର ନାମ, ଡୋଜ୍ ଏବଂ କେତେବେଳେ ନିଅନ୍ତୁ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ ।

a) Currently/ ବର୍ତ୍ତମାନ

b) In the past/ ଅତୀତରେ

9) Regarding the monitoring of your condition:/ ଆପଣଙ୍କର ସ୍ଥିତି ନିରୀକ୍ଷଣ କରିବା ସମ୍ବନ୍ଧରେ:

a) Who is in charge of your follow-up? / ଆପଣଙ୍କର ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତର କିଏ ଅଟନ୍ତି?

b). How often do you attend for follow-up? / ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ ଆପଣ କେତେ ସମୟ ଅନ୍ତରରେ ଉପସ୍ଥିତ ହୁଅନ୍ତି?

c) When was your last consultation? / ଆପଣ ଶେଷ ଥର କେବେ ଯୋଗାଯୋଗ

10. Have you lost significant time (e.g., weeks) off work with this condition? / ଆପଣ ଏହି ସ୍ଥିତିରେ କେତେ ଦିନ ପାଇଁ ଚାକିରୀରୁ ଛୁଟି ନେଇଥିଲେ? Yes No/ ହଁ ନା

If yes, please provide details including dates and duration of time off work./ ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ଛୁଟି ନେଥିବାର ତାରିଖ ଏବଂ ଅବଧି ଦର୍ଶାନ୍ତୁ

11. Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application./ ଦୟାକରି ଆପଣଙ୍କର ଛିତି ସମ୍ବନ୍ଧରେ ଯେକୌଣସି ଅନ୍ୟ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଯାହା ଆପଣଙ୍କର ପ୍ରକ୍ରିୟାରେ କରିବାରେ ସହାୟକ ହେବ ।

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.

ବୀମାଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା:

ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଦେଇଥିବା ଉତ୍ତର, ମୋର ସର୍ବଶ୍ରେଷ୍ଠ ଅବଗତ ଦୃଷ୍ଟିରୁ, ସତ୍ୟ ଅଟେ ଏବଂ ମୁଁ କୌଣସି ମୌଳିକ ସୂଚନା ରୋକି ନାହିଁ ଯାହା ହୁଏତ ଏହି ଆବେଦନକୁ ସ୍ୱୀକାର କିମ୍ବା ମୂଲ୍ୟାୟନ କରିବା ବିଷୟକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରିପାରେ । ମୁଁ ସହମତ ଯେ ଏହି ଫର୍ମ କାନାରା ଏଚଏସବିସି ଓରିଏଣ୍ଟାଲ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ କମର୍ସ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ଜଣାଣ କରାଯାଇଥିବା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ବୀମା ପାଇଁ ମୋର ଆବେଦନର ଅଂଶବିଶେଷ ଗଠନ କରିବ ଏବଂ ମୁଁ ଜାଣିଥିବା କୌଣସି ମୌଳିକ ତଥ୍ୟ ପ୍ରକାଶ କରିବାରେ ବିଫଳତା କ୍ଷେତ୍ରରେ ତ୍ରୁଟି ହୁଏତ ଅବେଧ ହୋଇପାରେ ।

Date & Place:/ ତାରିଖ ଏବଂ ସ୍ଥାନ:

Signature of Life to be Assured/ ବୀମାଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

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. _____

ଉଦ୍‌ଘୋଷଣା, ଯଦି ଏହି ଫର୍ମ ମାତୃଭାଷା/ଚିପଚିହ୍ନରେ ଦସ୍ତଖତ ହୋଇଥାଏ ତେବେ:

ମୁଁ, _____ ପୁଅ / ଝିଅ _____, ଜଣେ ପ୍ରାପ୍ତ ବୟସ୍କ ବାସ କରେ _____ ଏଠାରେ ଉଦ୍‌ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମର ଧାରଣା କରିଥିବା ବିଷୟବସ୍ତୁଗୁଡ଼ିକ ମୋତେ _____ ଭାଷାରେ ବିସ୍ତୃତଭାବରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିଛନ୍ତି ଏବଂ ମୁଁ ବୁଝିଛି ।

(ଗ୍ରହାକରଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ) _____ ତାରିଖ _____ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ. _____

Instruction & Disclaimer / ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଏବଂ ଉଦ୍‌ଘୋଷଣା:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
ଦୟାକରି କେବଳ ହିନ୍ଦୀ/ଇଂରାଜୀରେ ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପୂରଣ କରନ୍ତୁ
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିବାରେ କୌଣସି ଅସହମତ ଘଟଣାରେ, ଇଂରାଜୀ ସଂସ୍କରଣ ବଳବତ୍ତର ରହିବ ।