

GYNECOLOGICAL DISORDERS QUESTIONNAIRE – APPLICANT

ସ୍ତ୍ରୀରୋଗ ସମ୍ପର୍କିତ ବ୍ୟତିକ୍ରମ ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ –ଆବେଦକ

(Includes Abnormal Cervical Smear, Hysterectomy, Menstrual problems, etc.)/
(ଅସ୍ୱାଭାବିକ ସର୍ଭିକାଲ୍ ସ୍ମିୟର, ହିଷ୍ଟେକ୍ଟମି, ରତ୍ନପ୍ରାବ ସମସ୍ୟା ଇତ୍ୟାଦି ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିଥାଏ)

Name of Life To Be Assured:/ ବୀମାଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି: _____

Proposal No.:/ ପ୍ରସ୍ତାବ ସଂଖ୍ୟା: _____

1. Please state the precise diagnosis if known./ ଯଦି ଜଣାଥାଏ, ଦୟାକରି ସଠିକ୍ ଡାଏଗ୍ନୋସିସ୍ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ ।

2. Regarding your symptoms:/ ଆପଣଙ୍କର ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ସମ୍ପର୍କରେ:

a) When did symptoms first occur? / ଦୟାକରି ଆପଣଙ୍କର ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ

b) Please describe your symptoms./ ପ୍ରଥମେ କେବେ ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ଦେଖା ଦେଇଥିଲା?

c) How frequently do symptoms occur? e.g. how often in the last 12 months /କେତେ ବାରମ୍ବାର ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ଦେଖାଦେଇଥାଏ? ତାହା ହେଉଛି, ଗତ 12 ମାସରେ କେତେ ଥର

d) When was the last occurrence of symptoms?/ କେବେ ଶେଷଥର ପାଇଁ ଲକ୍ଷଣ ଦେଖା ଦେଇଥିଲା?

3. Have you undergone any test or investigations for this condition? _____

Yes No/ ହଁ ନା

ଏହି ଅବସ୍ଥା ପାଇଁ ଆପଣ କୌଣସି ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନର ସମ୍ମୁଖୀନ ହୋଇଛନ୍ତି କି?

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

ଯଦି ହଁ, ଅନୁସନ୍ଧାନ ତାରିଖ ଏବଂ ଡାକରୀ ରିପୋର୍ଟ ସହିତ ଫଳାଫଳ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରି ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

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

Yes No/ ହଁ ନା

ଏହି ଅବସ୍ଥା ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କର ଏକ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ଅର୍ଥାତ୍ ଅପରେସନ ହୋଇଥିଲା କିମ୍ବା ଏକ ଅପରେସନ ପାଇଁ ବିବେଚନା କରାଯାଇଛି କି?

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

ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ସର୍ଜରୀର ନାମ, ଡାକ୍ତରଖାନା ଏବଂ ପରାମର୍ଶଦାତା/ସର୍ଜନଙ୍କ ନାମ ସମେତ ଡାକ୍ତରୀ ରିପୋର୍ଟ ସହିତ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ଏବଂ ତାରିଖ(ଗୁଡ଼ିକ) ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

5. Have you experienced any symptoms following surgery?/ ସର୍ଜରୀ ପରେ ଆପଣ କୌଣସି ଲକ୍ଷଣ ଅନୁଭବ କରିଛନ୍ତି କି? _____

Yes No/ ହଁ ନା

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

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

ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସାର ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ । ଔଷଧର ନାମ, ପାନ ଏବଂ କେତେ ଥର ନିଆଯାଇଥିଲା ତାହା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରନ୍ତୁ ।

Currently:/ ସମ୍ପ୍ରତି:

In the past: / ଅତୀତରେ:

7. Are you currently on follow up?/ ଆପଣ ବର୍ତ୍ତମାନ ଫଲୋଅପରେ ଅଛନ୍ତି କି? _____

Yes No / ହଁ ନା

If yes, please state how often./ ଯଦି ହଁ ତେବେ କେତେ ଥର ତାହା ଦୟାକରି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ ।

If no, when were you discharged from follow-up?/ ଯଦି ନା, ଆପଣ ଫଲୋଅପରୁ କେବେ ତିସ୍ତାକର୍ତ୍ତ ହୋଇଥିଲେ?

8. Have you lost significant time (e.g. weeks) off work with this condition? Yes No If yes, please provide details including dates and duration of time off work /ଏହି ଅବସ୍ଥା ଯୋଗୁଁ ଆପଣ କାର୍ଯ୍ୟରୁ ଅବ୍ୟାହତର ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସମୟ (ତାହା ହେଉଛି ସପ୍ତାହ) ହରାଇଛନ୍ତି କି? ହଁ ନା ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ତାରିଖ ଓ କାର୍ଯ୍ୟରୁ ଅବ୍ୟାହତର ସମୟ ଅବଧି ସମେତ ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।

9. Please provide any additional information on your condition that you feel will be helpful in processing your application.
ଦୟାକରି ଆପଣଙ୍କ ଅବସ୍ଥା ସମ୍ପର୍କରେ ଯେକୌଣସି ଅତିରିକ୍ତ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଯାହାକି ଆପଣ ଭାବୁଛନ୍ତି ଆପଣଙ୍କର ପ୍ରୋସେସିଂ କରିବାରେ ସହାୟକ ହେବ

Declaration by the Life To Be Assured:

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.

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 ଏବସସିଭି ଓରିଏଣ୍ଟାଲ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ କମର୍ସ ଲାଇଫ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଜାବନ ବୀମା ପାଇଁ ମୋର ଆବେଦନର ଅଂଶବିଶେଷ ଗଠନ କରିବ ଏବଂ ମୁଁ ଜାଣିଥିବା କୌଣସି ମୌଳିକ ତଥ୍ୟ ପ୍ରକାଶ କରିବାରେ ବିଫଳତା କ୍ଷେତ୍ରରେ ତୁଚ୍ଛ ହୁଏତ ଅବୈଧ 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/ଟିପ୍‌ଡିମ୍ପ୍ରେସନ୍ରେ 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 ।

(ଗ୍ରାହକଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ) _____ ତାରିଖ _____ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ. _____

Instruction & Disclaimer:/ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଏବଂ ଉଦ୍‌ଘୋଷଣା:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
ଦୟାକରି କେବଳ ହିନ୍ଦୀ/ଇଂରାଜୀରେ ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ 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 ।