

KIDNEY AND URINARY DISORDERS QUESTIONNAIRE / ବୃକକ୍ ଏବଂ ମୂତ୍ର ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ବ୍ୟତିକ୍ରମ ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ

(To be filled by the Life to be Assured) / (ବାମାନ୍ତୁକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ)

Name of Life To Be Assured: / ବାମାନ୍ତୁକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ: _____
Proposal No.: / ପ୍ରସ୍ତାବ ସଂଖ୍ୟା: _____

1. Please state the precise diagnosis, if known / ଯଦି ଜଣାଥାଏ, ଦୟାକରି ସଠିକ ରୋଗ ନିଦାନ ଅର୍ଥାତ୍ ତାଏଲୋସିସ୍ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ

2. When was this condition first diagnosed? / ଏହି ଅବସ୍ଥା ପ୍ରଥମଥର କେବେ ନିଦାନ କରାଯାଇଥିଲା?

3. Have you had an IVP, cystoscopy or other investigations? Yes No/ ହଁ ନା
ଆପଣଙ୍କ ଠାରେ ଏକ ଆଇଭିପି, ସିଷ୍ଟୋସ୍କୋପି କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପରୀକ୍ଷା କରାଯାଇଥିଲା କି?

If yes, please provide details including dates of investigations and results with medical reports
ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ଅନୁସନ୍ଧାନ ତାରିଖ ଏବଂ ତାତ୍ପର୍ୟ ରିପୋର୍ଟ ସହିତ ଫଳାଫଳ ସମେତ ସର୍ବିଶେଷ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

4. Regarding your symptoms: / ଆପଣଙ୍କର ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ସମ୍ପର୍କରେ:

a) Please describe your symptoms/ ଦୟାକରି ଆପଣଙ୍କର ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ

b) When did symptoms first occur?/ପ୍ରଥମେ କେବେ ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ଦେଖା ଦେଇଥିଲା?

c) How frequently do symptoms occur? i.e. 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?

5. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered? Yes No / ହଁ ନା
ଏହି ଅବସ୍ଥା ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କର ଏକ ଅପରେସନ ହୋଇଥିଲା କିମ୍ବା ଏକ ଅପରେସନ ପାଇଁ ବିବେଚନା କରାଯାଇଛି କି?

If yes, please provide date(s) and full details including names of hospital and consultant/surgeon.

ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ସର୍ଜରୀ ନାମ, ହସ୍ପିଟାଲ ନାମ ଏବଂ ପରାମର୍ଶଦାତା/ସର୍ଜନଙ୍କ ନାମ ସମେତ ହସ୍ପିଟାଲ ରିପୋର୍ଟ ସହିତ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ଏବଂ ତାରିଖ(ଗୁଡ଼ିକ) ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।

6. 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 ସର୍ବିଶେଷ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

7. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken:
ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସାର ସର୍ବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ । ଔଷଧ ନାମ, ପାତ୍ର ଏବଂ କେତେ ଥର ନିଆଯାଇଥିଲା ତାହା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରନ୍ତୁ ।

a) Currently: / ସମ୍ପ୍ରତି:

b) In the past: / ଅତୀତରେ:

8. Regarding the monitoring of your condition: / ଆପଣଙ୍କ ଅବସ୍ଥାର ଅନୁଧ୍ୟାନ ସମ୍ପର୍କରେ:

a) Who is in charge of your follow-up?/ଆପଣଙ୍କର ଫଲୋଅପ୍ ଦାୟିତ୍ୱରେ କିଏ ଅଛନ୍ତି?

b) How often do you attend for follow-up?/ ଆପଣ କେତେଥର ଫଲୋଅପ୍ ପାଇଁ ଯୋଗ ଦେଇଛନ୍ତି?

c) When was your last consultation? Please provide details of your blood pressure reading at that time, if known
କେବେ ଆପଣଙ୍କର ଶେଷ ପରାମର୍ଶ ହୋଇଥିଲା? ଯଦି ଜଣାଥାଏ, ସେହି ସମୟରେ ଆପଣଙ୍କର ରକ୍ତଚାପ କେତେ ରହିଥିଲା ତାହାର ସର୍ବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

9. Have you lost significant time (i.e. weeks) off work with this condition? Yes No
ଏହି ଅବସ୍ଥା ଯୋଗୁଁ ଆପଣ କାର୍ଯ୍ୟରୁ ଅବ୍ୟାହତର ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସମୟ (ତାହା ହେଉଛି ସପ୍ତାହ) ହରାଇଛନ୍ତି କି? ହଁ ନା

If yes, please provide details including dates and duration of time off work
ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ତାରିଖ ଓ କାର୍ଯ୍ୟରୁ ଅବ୍ୟାହତର ସମୟ ଅବଧି ସମେତ ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

10. Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application:
ଦୟାକରି ଆପଣଙ୍କ ଅବସ୍ଥା ସମ୍ପର୍କରେ ଯେକୌଣସି ଅତିରିକ୍ତ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଯାହାକି ଆପଣ ଭାବୁଛନ୍ତି ଆପଣଙ୍କର ଆବେଦନକୁ ପ୍ରୋସେସିଂ 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 ଅବଗତି 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 ଲାଇଫ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଜୀବନ ବୀମା ପାଇଁ ମୋର ଆବେଦନର ଅଂଶବିଶେଷ ଗଠନ କରିବ ଏବଂ ମୁଁ ଜାଣିଥିବା କୌଣସି ମୌଳିକ ତଥ୍ୟ ପ୍ରକାଶ କରିବାରେ ବିଫଳତା କ୍ଷେତ୍ରରେ ତୁଚ୍ଛି ହୁଏତ ଅର୍ଥେଟ 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/ଟିପ୍ପିକ୍ସରେ ଦସ୍ତଖତ ହୋଇଥାଏ ତେବେ:

ମୁଁ, _____ ପୁଅ / ଝିଅ _____, ଜଣେ ପ୍ରାପ୍ତ ବୟସ୍କ ବ୍ୟକ୍ତି ଭାବେ _____ 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 ଅସହମତି ଘଟଣାରେ, ଇଂରାଜୀ ସଂସ୍କରଣ ବଳବତ୍ତର ରହିବ ।