

RESPIRATORY DISORDER QUESTIONNAIRE/ ଶ୍ୱାସପ୍ରଣାସ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ବ୍ୟତିକ୍ରମ ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ

(Asthma, Bronchitis, Emphysema, etc.)/ (ଆସ୍ଥମା, ବ୍ରୋଙ୍କାଇଟିସ୍, ଏମ୍ଫିସେମା, ଇତ୍ୟାଦି)

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

Proposal No.:/ ପ୍ରସ୍ତାବ ସଂଖ୍ୟା: _____

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

ଭାଗ 1 – ଯଦି ବୀମାଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ଜଣେ ନାବାଳକ ହୋଇଥାନ୍ତି ବୀମାଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ:

1. Please state the precise diagnosis (if known):/ ଦୟାକରି ସଠିକ ରୋଗ ନିଦାନ ଅର୍ଥାତ ଡାଏଗ୍ନୋସିସ୍ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ (ଯଦି ଜଣାଥାଏ):

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

ଏହି ଅବସ୍ଥା ପ୍ରଥମେ କେବେ ନିଦାନ କରାଯାଇଥିଲା? (ଏହି ଅବସ୍ଥା ଆରମ୍ଭ ହେବାର ପ୍ରକୃତ ବୟସ/ବର୍ଷ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ)

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

Yes No/ ହଁ ନା

ଏହି ଅବସ୍ଥା ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଏକ୍ସ-ରେ, ପିଏଫଟି କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପରୀକ୍ଷା ହୋଇଥିଲା କି?

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

4. Have you been admitted to hospital for this condition?/ ଏହି ଅବସ୍ଥା ପାଇଁ ଆପଣ ହସ୍ପିଟାଲରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିଲେ କି?

Yes No/ ହଁ ନା

If yes, attach attending physician's report / hospital discharge card./ ଯଦି ହଁ, ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ରିପୋର୍ଟ / ହସ୍ପିଟାଲ ଡିସଚାର୍ଜ କାର୍ଡ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ ।

5. Regarding your symptoms./ ଆପଣଙ୍କର ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ସମ୍ପର୍କରେ:

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

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

କେତେ ବାରମ୍ବାର ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ଦେଖାଦେଇଥାଏ? ଡାହାଁ ହେଉଛି, ଏକ ବର୍ଷରେ ହାରାହାରି କେତେ ଥର ଆପଣଙ୍କ ଠାରେ ଆପଣଙ୍କ ଦେଖାଦେଇଛି?

6. Do your symptoms wake you at night?/ ଆପଣଙ୍କର ଲକ୍ଷଣ ଆପଣଙ୍କୁ ରାତିରେ ଉଠାଇବାର କାରଣ ହୋଇଛି କି? Yes No/ ହଁ ନା

If yes, how often (per month)?/ ଯଦି ହଁ, କେତେ ଥର (ମାସ ପିଛା)

7. Are your attacks seasonal?/ ଆପଣଙ୍କର ଆପଣଙ୍କୁ ଗୁଡ଼ିକ ଋତୁକାଳୀନ କି?

Yes No/ ହଁ ନା

If yes, give number of attacks per season:/ ଯଦି ହଁ, ଋତୁ ପିଛା ଆପଣଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

8. Are you aware of any specific provoking cause(s) which trigger your symptoms? E.g. stress, etc

Yes No / ହଁ ନା

ଆପଣ ରୋଗକୁ ଉତ୍ତାପିତ କରୁଥିବା କୌଣସି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କାରଣ (ଗୁଡ଼ିକ) ଯାହା ଆପଣଙ୍କର ଲକ୍ଷଣକୁ ବଢ଼ାଇଥାଏ ସେ ସମ୍ପର୍କରେ ଅବଗତ ଅଛନ୍ତି କି?
ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ମାନସିକ ଚାପ, ଇତ୍ୟାଦି

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

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

ଲକ୍ଷଣ କେତେ ଶେଷ ଥର ପାଇଁ ଦେଖା ଦେଇଥିଲା ଏବଂ ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ କେତେ ସମୟ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ରହିଥାଏ?

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

ଏହି କାରଣ ପାଇଁ ଗତ ଦୁଇ ବର୍ଷରେ ଆପଣ କେତେ ଦିନ (ମୋଟ) କାର୍ଯ୍ୟ ଠାରୁ ଦୂରେଇ ରହିଛନ୍ତି?

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*.
ଦୟାକରି ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସା, ଯଥା ଔଷଧର ନାମ (ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ଆସ୍ଥାଲିନ୍, ବ୍ରିକାନିଲ୍, ଭେଣ୍ଟ, ଡେରିଫାଇଲିନ୍, ଇତ୍ୟାଦି) ପାନ୍ ଏବଂ କେତେ ଥର ନିଆଯାଇଥିଲା ତାହାର ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ । ଟାବଲେଟ୍, ଇଞ୍ଜେକ୍ସନ୍ ଏବଂ ଇନହେଲରର ସବିଶେଷ ସୂଚନା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରନ୍ତୁ ।

a) Currently:/ ସମ୍ପ୍ରତି:

b) In the past:/ ଅତୀତରେ:

12. Have you ever taken steroids? E.g. Beclomethasone, Prednisolone etc. Yes No/ ହଁ ନା
ଆପଣ କେବେ ସ୍ଟେରଏଡ୍ ଗ୍ରହଣ କରିଛନ୍ତି କି? ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ବେକ୍ଲୋମିଥାସୋନ୍, ପ୍ରେଡିନିସୋଲୋନ୍ ଇତ୍ୟାଦି

If yes, please provide full details including duration and type of treatment like inhaler, tablets etc
ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ଚିକିତ୍ସାର ଅବଧି ଏବଂ ପ୍ରକାର ଯଥା ଇନହେଲର, ଟାବଲେଟ୍, ଇତ୍ୟାଦିର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।

13. 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?/ କେବେ ଆପଣଙ୍କର ଶେଷ ପରାମର୍ଶ ହୋଇଥିଲା?

14. Do you smoke * cigarettes / beedis / cigar / pipes?/ ଆପଣ ଧୂମ୍ରପାନ * ସିଗାରେଟ୍ / ବିଡି / ସିଗାର୍ / ପାଇପ୍ କରନ୍ତି କି? Yes No/ ହଁ ନା

*(Strike off whichever is not applicable) If yes, how many?

*(ଯେଉଁଟି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ନୁହେଁ ସେଥିରେ ଗାର ଚାଣି ଦିଅନ୍ତୁ) ଯଦି ହଁ, କେତେ ଥର? _____ per day, since last / ଦିନ ପିଛା, ଶେଷ _____ years./ ବର୍ଷ ଧରି ।

15. 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 ଅବୈଧ ହୋଇପାରେ ।

Date & Place:/ ତାରିଖ ଏବଂ ସ୍ଥାନ:

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

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

ଭାଗ 2 – ବୀମାଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ:

1. Please give the diagnosis and date of diagnosis:/ ଦୟାକରି ରୋଗ ନିଦାନ ଅର୍ଥାତ୍ ତାଏଲୋସିସ୍ ର ସବିଶେଷ ସୂଚନା ଏବଂ ତାଏଲୋସିସ୍ ତାରିଖ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

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

ଦୟାକରି ଆପଣଙ୍କ ଅର୍ଥାତ୍ ଆକ୍ରମଣର ବାରମ୍ବାରତାର ସବିଶେଷ ସୂଚନା ଏବଂ ଶେଷ ଆପଣଙ୍କ ତାରିଖ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

3. Would you describe the patient's condition as mild, moderate or severe? MILD MODERATE SEVERE

ଆପଣ ରୋଗୀଙ୍କର ଅବସ୍ଥାକୁ ମୃଦୁ ଅର୍ଥାତ ମାଲଲୁ, ମଧ୍ୟମ ଧରଣର ଅର୍ଥାତ ମତରେଟ୍ କିମ୍ବା ଗୁରୁତର ଅର୍ଥାତ ସିରିୟସ୍ ବୋଲି ବର୍ଣ୍ଣନା କରିବେ କି? ମାଲଲୁ ମତରେଟ୍ ସିରିୟସ୍

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.

କାର୍ଯ୍ୟକାରୀତା ସୀମାବଦ୍ଧ କିମ୍ବା କାର୍ଯ୍ୟ କରିବା ପାଇଁ ସୀମାବଦ୍ଧ କୌଣସି ସୀମାବଦ୍ଧତା ରହିଛି କି? ଯଦି ଏହିପରି ହୁଏ ଦୟାକରି କାର୍ଯ୍ୟରୁ ଅବ୍ୟାହତ ନେଇଥିବା କୌଣସି ସମୟ ଅବଧି ଏବଂ ତାରିଖ ସମ୍ପର୍କରେ ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।

5. Please provide the dates and results of any investigation e.g. pulmonary function tests, chest x-rays etc.

ଯେକୌଣସି ଅନୁସନ୍ଧାନ ଯଥା ପୁସ୍ତପୁସ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀତା ପରୀକ୍ଷା ଅର୍ଥାତ ପଲମୋନାରୀ ଫଙ୍କସନ୍ ଟେଷ୍ଟ, ଛାତି ଏକ୍ସ-ରେ ଇତ୍ୟାଦିର ଫଳାଫଳ ଏବଂ ସମ୍ପାଦନ କରାଯିବା ତାରିଖ ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।

6. Please give details of treatment, particularly any steroid therapy./ ଚିକିତ୍ସା, ବିଶେଷକରି ଯେକୌଣସି ଷ୍ଟେରଏଡ୍ ଥେରାପିର ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।

7. Are you aware of any complicating features of the patient's condition? E.g. cigarette smoking, occupation, etc so, please give details

ରୋଗୀଙ୍କ ଅବସ୍ଥାର କୌଣସି ଜଟିଳ ବିଶେଷତାଗୁଡ଼ିକ ସମ୍ପର୍କରେ ଆପଣ ଅବଗତ ଅଛନ୍ତି କି? ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ସିଗାରେଟ୍ ଧୂମ୍ରପାନ, ବୃତ୍ତି, ଇତ୍ୟାଦି, ତେବେ, ଦୟାକରି ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ.

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
ମୁଁ ପ୍ରମାଣିତ କରୁଛି ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବକ/ବାମାନ୍ତୁକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ମୋ ଉପସ୍ଥିତିରେ ତାଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ ପ୍ରଦାନ କରିଛନ୍ତି ଏବଂ ତାଙ୍କର ପରିଚୟ ନେଇ ମୁଁ ସନ୍ତୁଷ୍ଟ ଅଟେ

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/ଟିପ୍‌ପିନ୍‌ରେ ଦସ୍ତଖତ ହୋଇଥାଏ ତେବେ:

ମୁଁ, _____ ପୁତ୍ର /କନ୍ୟା _____, ଜର, ଜଣେ ସାବାଜକ _____ ଠାରେ ବାସ କରୁଛି, ଏତଦ୍‌ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମର _____ ଭାଷାରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ତାହା ବୁଝିଛି ।

(ଗ୍ରାହକଙ୍କ 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 ଘଟିଲେ, ଇଂରାଜୀ ସଂସ୍କରଣ ବଳବତ୍ତର ରହିବ ।