

DIGESTIVE DISORDER QUESTIONNAIRE / ਪਾਚਣ ਵਿਕਾਰ ਸੰਬੰਧੀ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

(To be filled by the Life To Be Assured)/ (ਪਾਚਣ ਵਿਕਾਰ ਸੰਬੰਧੀ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ)

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

ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ “ਹਾਂ” ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੋ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਪੋਰਟ ਦੇ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਵਿਵਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

Name of Life To Be Assured: _____ Proposal No.: _____

ਬੀਮਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਪ੍ਰਸ਼ਤਾਵ ਨੰ.: _____

1. Please state the precise diagnosis, if known/ ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਟੀਕ ਨਿਦਾਨ ਦੇ ਬਾਰੇ ਵਿੱਚ ਦੱਸੋ।

2. When was this condition first diagnosed?/ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਕਦੋਂ ਪਤਾ ਚਲਿਆ ਸੀ?

3. Have you had a barium meal or any other investigations? Yes No

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੇਰੀਅਮ ਮੀਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕੋਈ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਈ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

If yes, please provide details, including dates of investigations and results.

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਨਤੀਜਾ ਸਮੇਂ ਵਿਵਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

4. Regarding your symptoms/ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਬਾਰੇ:

a) Please describe your symptoms/ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ

b) When did symptoms first occur/ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਲੱਛਣ ਕਦੋਂ ਵਿਖਾਈ ਦਿੱਤਾ ਸੀ?

c) How frequently do symptoms occur? eg how often in the last 12 months/ ਲੱਛਣ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਵਿਖਾਈ ਦਿੰਦੇ ਹਨ? ਜਿਵੇਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਾ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ

d) When was the last occurrence of symptoms?/ ਲੱਛਣ ਪਿਛਲੀ ਵਾਰ ਕਦੋਂ ਵਿਖਾਈ ਦਿੱਤਾ ਸੀ?

5. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered? Yes No

ਕੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਾਇਆ ਸੀ ਜਾਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਹਾਂ / ਨਹੀਂ

6. Have you experienced any problems or complications following surgery? Yes No

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਬਾਅਦ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਜਾਂ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ ਹੋਈ ਹੈ? ਹਾਂ / ਨਹੀਂ

If yes, please provide details/ ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿਵਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

7. Have you been discharged from follow-up? Yes / No

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਦੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ? ਹਾਂ / ਨਹੀਂ

If yes, please state when/ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਕਦੋਂ।

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

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਉਪਚਾਰ ਦਾ ਵਿਵਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। ਦਵਾਈ ਦਾ ਨਾਮ, ਮਾਤਰਾ ਅਤੇ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਲਿਆ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।

a) Currently/ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ

b) In the past / ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ

9) Regarding the monitoring of your condition: / ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦੇ ਬਾਰੇ:

a) Who is in charge of your follow-up/ ਤੁਹਾਡੇ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਦਾ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਕੌਣ ਹੈ?

b). How often do you attend for follow-up/ ਤੁਸੀਂ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਲਈ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਜਾਂਦੇ ਹੋ?

c) When was your last consultation/ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੀ ਵਾਰ ਕਦੋਂ ਪਰਾਮਰਸ਼ ਲਿਆ ਸੀ?

10. Have you lost significant time (e.g., weeks) off work with this condition? Yes / No
ਕੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਤੋਂ ਤੁਸੀਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਸਮਾਂ (ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਲਈ, ਹਫ਼ਤੇ) ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਪਾਏ ਹੋ? ਹਾਂ / ਨਹੀਂ
If yes, please provide details including dates and duration of time off work
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਕਾਰਜ ਨਹੀਂ ਕਰ ਪਾਉਣ ਦੀ ਮਿਆਦ ਸਮੇਤ ਵਿਵਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

11. Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application.
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਅਤਿਰਿਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਚਾਰ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਆਵੇਦਨ ਦਾ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਕ ਹੋਵੇਗੀ।

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.

ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਜਿਸਦਾ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਹੈ:

ਮੈਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਜਵਾਬ ਮੇਰੀ ਅਧਿਕਤਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਅਜਿਹੀ ਕਿਸੇ ਉਲੇਖ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਬਾਇਆ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਆਵੇਦਨ ਦੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਜਾਂ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀ ਹੋ। ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਫਾਰਮ ਕੈਨਰਾ ਐਚ.ਐਸ.ਬੀ.ਸੀ. ਓਰੀਐਂਟਲ ਬੈਂਕ ਆਫ ਕਾਮਰਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ ਦੇ ਨਾਲ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਲਈ ਮੇਰੇ ਆਵੇਦਨ ਦਾ ਭਾਗ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਗਿਆਤ ਕਿਸੇ ਉਲੇਖਨੀਯ ਸਚਾਈ ਨੂੰ ਜਾਹਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿਣ ਨਾਲ ਸੰਧੀ ਅਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

Date & Place/ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਥਾਨ:

Signature of Life to be Assured/ ਲਾਈਫ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਦਿਵਾਇਆ ਜਾ ਕਰਨ ਲਈ

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. _____

ਘੋਸ਼ਣਾ, ਜੇਕਰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਮਾਤਭਾਸ਼ਾ/ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ:

ਮੈਂ, _____, ਦਾ ਪੁੱਤਰ/ਦੀ ਪੁੱਤਰੀ, _____ ਦਾ/ਦੀ ਨਿਵਾਸੀ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਇੰਜ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮਗਰੀ ਨੂੰ ਮੈਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ _____ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ।

(ਗਾਹਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ) _____ ਮਿਤੀ _____ ਸੰਪਰਕ ਨੰ. _____

Instruction & Disclaimer/ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਅਤੇ ਅਸਵੀਕਰਣ:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only/ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿਵਰਣ ਸਿਰਫ ਹਿੰਦੀ/ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਹੀ ਭਰੋ।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail/ ਸਮਗਰੀ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਸੰਸਕਰਣ ਹੀ ਪ੍ਰਬਲ ਹੋਵੇਗਾ।