

# GROWTHS, CYSTS, LUMPS AND TUMOURS QUESTIONNAIRE/ ਫੋੜੇ, ਰਸੋਲੀ, ਗੰਢ ਅਤੇ ਟਿਊਮਰ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

(To be filled by the Life To Be Assured)/ (ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ ਜਿਸਦੇ ਜੀਵਨ ਦਾ ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਹੈ)

Name of Life To Be Assured:/ ਜਿਸਦੇ ਜੀਵਨ ਦਾ ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਹੈ ਉਸਦਾ ਨਾਂ \_\_\_\_\_

Proposal No.:/ ਪ੍ਰਸਤਾਵ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

1. When was the growth, cyst, lump or tumour first discovered? / ਫੋੜਿਆਂ, ਰਸੋਲੀ, ਗੰਢ ਅਤੇ ਟਿਊਮਰ ਦਾ ਪਹਿਲਾਂ ਕਦੋਂ ਪਤਾ ਚੱਲਿਆ ਸੀ?

\_\_\_\_\_

2. Please state the location in the body/ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਜਗ੍ਹਾ ਦਾ ਉਲੇਖ ਕਰੋ

\_\_\_\_\_

3. Please state the precise diagnosis if known./ ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਟੀਕ ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਦਾ ਉਲੇਖ ਕਰੋ:

\_\_\_\_\_

4. Has the growth been removed? Yes /No  
ਕੀ ਫੋੜੇ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ? ਹਾਂ /ਨਹੀਂ

5. Is treatment or surgery being proposed? Yes No  
ਕੀ ਉਪਚਾਰ ਜਾਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰਸਤਾਵਿਤ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

If no, please provide details of investigations that have been carried out. Include date(s) and results of tests.  
ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਜਾਂਚਾਂ ਦਾ ਵਿਵਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ ਜੋ ਕਿ ਕੀਤੀ ਗਈਆਂ ਹਨ। ਮਿਤੀਆਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਸੰਮਿਲਿਤ ਕਰੋ।

\_\_\_\_\_

If yes, please provide medical reports with: / ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੱਥਾਂ ਲਿਖੇ ਦੇ ਨਾਲ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:

a. Date of removal / ਨਿਕਾਸੀ ਦੀ ਮਿਤੀ

\_\_\_\_\_

b. Method of removal. e.g. local anesthetic, cryosurgery, operation with general anesthetic, etc  
ਕੱਢਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ, ਅਰਥਾਤ ਸਥਾਨਿਕ ਏਨੇਸਥੇਟਿਕ, ਕਰਿਓਸਰਜਰੀ, ਆਮ ਏਨੇਸਥੇਟਿਕ ਦੇ ਨਾਲ ਆਪਰੇਸ਼ਨ, ਆਦਿ

\_\_\_\_\_

c. Name of surgeon, general practitioner, consultant, hospital or clinic./ ਸਰਜਨ, ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸਨਰ, ਕੰਸਲਟੈਂਟ, ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਨਾਂ।

\_\_\_\_\_

d. What treatment have you had following removal? e.g. tablets, radiotherapy, chemotherapy, etc  
ਨਿਕਾਸੀ ਦੇ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜਾ ਉਪਚਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ? ਅਰਥਾਤ ਗੋਲੀਆਂ, ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਆਦਿ

\_\_\_\_\_

6. Is any follow up being done currently? Yes No / ਕੀ ਵਰਤਮਾਨ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਚੱਲ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

If yes, please state how often / ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਕਦੋਂ-ਕਦੋਂ

\_\_\_\_\_

If no, when were you discharged from follow-up?/ ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਾਲੋਅਪ ਵਲੋਂ ਕਦੋਂ ਛੁੱਟੀ ਮਿਲੀ?

\_\_\_\_\_

7. Have you lost significant time (e.g. weeks) off work with this condition? Yes No  
ਕੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਦਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਸਮਾਂ (ਅਰਥਾਤ ਹਫ਼ਤੇ) ਬਰਬਾਦ ਕੀਤਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

If yes, please provide details including dates and duration of time off work

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕੰਮ ਦੌਰਾਨ ਅਣਉਪਸਥਿਤੀ ਰਹਿਣ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ ਅਤੇ ਮਿਆਦ ਸਮੇਤ ਵਿਵਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

\_\_\_\_\_

8. Please provide any additional information on your condition, which you feel, will be helpful in processing your application.

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਸਥਿਤੀ ਉੱਤੇ ਅਜਿਹੀ ਕੋਈ ਅਤਿਰਿਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ, ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸੰਮਝ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਆਵੇਦਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦਗਾਰ 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 ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਉੱਤਰ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਸੱਚ ਹਨ ਅਤੇ ਮੈਂ ਕੋਈ ਵੀ ਭੌਤਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਛੁਪਾਈ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਜਾਂ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਫਾਰਮ ਮੇਰੇ ਜੀਵਨ ਕੈਨਰਾ ਐਚ ਐਸ ਬੀ ਸੀ ਉਰਿਐਂਟਲ ਬੈਂਕ ਆਫ ਕਾਮਰਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿ ਨਾਲ ਇਕਰਾਰ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਬਣਨਗੇ ਅਤੇ ਕਿਸੀ ਵੀ ਭੌਤਿਕ ਤੱਥ ਦੇ ਖੋਲ੍ਹਣ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਤੇ ਮੇਰੇ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

Date & Place:/ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਥਾਨ:

Signature of Life to be Assured/ ਜਿਸਦੇ ਜੀਵਨ ਦਾ ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਹੈ ਉਸਦਾ ਹਸਤਾਕਸ਼ਰ:

**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।