

## KIDNEY AND URINARY DISORDERS QUESTIONNAIRE

### ਕਿਡਨੀ ਅਤੇ ਯੂਰਨਰੀ ਸੰਬੰਧੀ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

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

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

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

1. Please state the precise diagnosis, if known/ ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਟੀਕ ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਦਾ ਉੱਲੇਖ ਕਰੋ।

\_\_\_\_\_

2. When was this condition first diagnosed?/ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਦੇ ਪਤਾ ਲੱਗਿਆ ਸੀ?

\_\_\_\_\_

3. Have you had an IVP, cystoscopy or other investigations? Yes No  
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਈਵੀਪੀ, ਸਿਸਟੋਸਕੋਪੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਂਚਾਂ ਕਰਵਾਈਆਂ ਸਨ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

If yes, please provide details including dates of investigations and results with medical reports  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਾਂਚਾਂ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ ਅਤੇ ਚਿਕਿਤਸਾ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦਾ ਵਿਵਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ

\_\_\_\_\_

4. Regarding your symptoms:/ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਬਾਰੇ:

a) Please describe your symptoms / ਲੱਛਣ ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਦੇ ਉਤਪੰਨ ਹੋਏ ਸਨ?

\_\_\_\_\_

b) When did symptoms first occur? / ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਵਰਣਿਤ ਕਰੋ।

\_\_\_\_\_

c) How frequently do symptoms occur? i.e. how often in the last 12 months.  
ਲੱਛਣ ਕਦੋਂ-ਕਦੋਂ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੇ ਹਨ? ਅਰਥਾਤ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਦੋਂ-ਕਦੋਂ

\_\_\_\_\_

d) When was the last occurrence of symptoms?/ ਲੱਛਣ ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਕਦੇ ਉਤਪੰਨ ਹੋਏ ਸਨ?

\_\_\_\_\_

5. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered? Yes No  
ਕੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾ ਚੁੱਕੇ ਹੋ ਜਾਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਉੱਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

If yes, please provide date(s) and full details including names of hospital and consultant/surgeon.  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਨਾਂ, ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਕੰਸਲਟੈਂਟ/ਸਰਜਨ ਦੇ ਨਾਂਵਾਂ ਸਮੇਤ ਚਿਕਿਤਸਾ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਦਾ ਸੰਪੂਰਣ ਵਿਵਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

\_\_\_\_\_

6. Have you experienced any symptoms following surgery? Yes No  
ਕੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

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

\_\_\_\_\_

7. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken:  
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਉਪਚਾਰ ਦਾ ਵਿਵਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। ਦਵਾਵਾਂ ਦੇ ਨਾਂ, ਖੁਰਾਕ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ ਅਤੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਦੋਂ-ਕਦੋਂ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਸੀ :

a) Currently:/ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ:

\_\_\_\_\_

b) In the past:/ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ:

\_\_\_\_\_

8. Regarding the monitoring of your condition: / ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ 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 ਦੇ ਲਈ ਕਦੋਂ-ਕਦੋਂ ਜਾਂਦੇ ਹੋ?

\_\_\_\_\_

c) When was your last consultation? Please provide details of your blood pressure reading at that time, if known  
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸਦੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਦੀ ਰੀਡਿੰਗ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ, ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ

\_\_\_\_\_

9. Have you lost significant time (i.e. weeks) off work with this condition?

ਕੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਦਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਸਮਾਂ ਬਰਬਾਦ ਕੀਤਾ ਹੈ (ਅਰਥਾਤ ਹਫ਼ਤੇ)?

Yes No

ਹਾਂ ਨਹੀਂ

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

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

10. 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 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 ਫ਼ਾਰਮ ਕੈਨਰਾ ਐਚ.ਐਸ.ਬੀ.ਸੀ. ਓਰੀਐਂਟਲ ਬੈਂਕ ਆਫ਼ ਕਾਮਰਸ ਲਾਈਫ਼ 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 / 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/ਅੰਗੂਠੇ 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।