

BACK DISORDERS QUESTIONNAIRE
முதுகுப்புற பிரச்சனைகளுக்கான வினாப்பட்டியல்

If any of the questions are answered "YES", please provide details including dates of investigations and results
எந்தக் கேள்விகளுக்காவது "ஆம்" என பதிலளித்திருந்தால், பரிசோதனை தேதி, முடிவுகள் உள்ளிட்ட விவரங்களை வழங்கவும்

Name of Life To Be Assured:/ ஆயுள்காப்பீட்டாளரின் பெயர் _____

Proposal No./ விண்ணப்ப எண்: _____

Part 1: To be filled by Life To Be Assured / பகுதி 1: ஆயுள்காப்பீட்டாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டும்

1. Please state the precise diagnosis, if known:

தெரிந்திருந்தால், மேற்கொள்ளப்பட்ட துல்லியமான நோய்க்கண்டறிதலைக் குறிப்பிடவும்:

2. When was this condition first diagnosed? / எப்போது இந்த நிலைமை முதலில் கண்டறியப்பட்டது?

3. Have you had any x-rays or other investigations?

Yes / No

எக்ஸ்ரேக்கள் அல்லது பிற பரிசோதனைகளை மேற்கொண்டீர்களா?

ஆம் / இல்லை

4. Regarding your symptoms: / அறிகுறிகள் சம்பந்தமானவை:

a) Please describe your symptoms. / உங்கள் அறிகுறிகளைக் குறிப்பிடவும்

b) When did symptoms first occur? / அறிகுறிகள் முதலில் எப்போது ஏற்பட்டன?

c) How frequently do symptoms occur? i.e. how often in the last 12 months.

அறிகுறிகள் ஏற்படும் கால இடைவெளி? கடந்த 12 மாதங்களில் எத்தனை முறை ஏற்பட்டன

d) Are your activities restricted in any way?

Yes / No

உங்கள் செயல்பாடு எந்த விதத்திலாவது பாதிக்கப்பட்டதா?

ஆம் / இல்லை

e) Do you use a cane or other mobility aids?

Yes / No

கைத்தடி அல்லது நடப்பதற்கான பிற சாதனங்களைப் பயன்படுத்துகிறீர்களா?

ஆம் / இல்லை

5. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered?

Yes / No

இந்த நிலைக்காக அறுவைசிகிச்சையை மேற்கொண்டீர்களா அல்லது

ஆம் / இல்லை

அறுவைசிகிச்சையை மேற்கொள்ள அறிவுறுத்தப்பட்டதா?

6. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken. Include details of any physiotherapy:

சிகிச்சை விவரங்களை வழங்கவும். மருந்தின் பெயர், மருந்தளவு மற்றும் எத்தனை முறை உட்கொண்டீர்கள் என்பதைக் குறிப்பிடவும். பிசியோதெரபி விவரங்களைக் குறிப்பிடவும்:

a) Currently / தற்போதைய நிலை

b) In the past / முந்தைய நிலை

7. Regarding the monitoring of your condition:/ உங்கள் நிலையைக் கண்காணித்தல் சம்பந்தமானவை:

a) Who is in charge of your follow-up? / அ) நீங்கள் தொடர் சிகிச்சையைப் பெறுவதில் பங்களிப்பவர் யார்?

b) How often do you attend for follow-up?/ ஆ) எத்தனை முறை சிகிச்சைப் பெறுவதில் பங்குகொள்கிறீர்கள்?

c) When was your last consultation?/ இ) எப்போது கடைசியாக ஆலோசனைப் பெற்றீர்கள்?

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

Yes / No

இந்த நிலைமையால் குறிப்பிட்ட காலம் (அதாவது வாரங்கள்) பணி செய்ய முடியாமல் ஆம் / இல்லை இருந்ததா?

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

ஆம் எனில், வேலை நிறுத்தக்காலம் மற்றும் கால அளவு உள்ளிட்ட விவரங்களை வழங்கவும்.

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

உங்கள் விண்ணப்பத்தைச் செயல்படுத்த உதவும் உங்கள் நிலை தொடர்பான கூடுதல் தகவல்களை வழங்கவும்

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.

ஆயுள்காப்பீட்டாளரின் ஒப்புதல்:

எனது சுயவிருப்பத்தின் படி நான் வழங்கியுள்ள பதில்கள் உண்மையானவை என்றும், மேலும் இந்தப் படிவத்தின் மதிப்பீடு அல்லது அங்கீகாரத்தை நிர்ணயிக்கும் எந்த ஆவணத் தகவலையும் மறைக்கவில்லை என்றும் உறுதியளிக்கிறேன். இந்தப் படிவம் கனரா எச்.எஸ்.பி.சி ஓரியண்டல் பேங்க் ஆஃப் காமர்ஸ் லைப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் இன் ஆயுள்காப்பீட்டிற்கான எனது விண்ணப்பத்தின் பகுதியைக் கொண்டுள்ளது. மேலும் எனது விருப்பத்தின் படி ஆவணம் ஏதேனும் மறைக்கப்பட்டால் ஒப்பந்தம் செல்லாததாகும் என்பதை ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

Date & Place:

தேதி & இடம்:

Signature of Life to be Assured

ஆயுள்காப்பீட்டாளரின் கையொப்பம்

Part 2: To be filled by Attending Physician / பகுதி 2: சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவரால் நிரப்பப்பட வேண்டும்

1. How has the condition been treated; is future surgery planned?

நிலைக்கு எவ்வாறு சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டது; எதிர்காலத்தில் அறுவைசிகிச்சை செய்ய திட்டமிடப்பட்டுள்ளதா?

2. Please give details of current symptoms. / தற்போதைய அறிகுறிகளின் விவரங்களை வழங்கவும்

3. Have there been any episodes of associated anxiety or depression? If so, please give details.

மன பதட்டம் ஏற்பட்டதா? அவ்வாறு இருப்பின், விவரங்களை வழங்கவும்

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

நோயாளியின் நிலையில் ஏதேனும் சிக்கல்கள் உள்ளனவா? எ.கா. தொழில் முதலியன, விவரங்களை வழங்கவும்.

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.
முன்மொழிபவர்/ ஆயுள்காப்பீட்டாளர் எனது முன்னிலையில் கையெழுத்திட்டார் என்றும், மேலும் அவரது கையொப்பம் சரியானது என்றும் சான்றளிக்கிறேன்.

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. _____

ஒப்புதல், இந்தப் படிவத்தில் தாய்மொழி கையொப்பம்/பெருவிரல் ரேகை இருப்பின் :

பெரியவரும், _____ வசிக்கும் _____ என்பவரின் மகன் / மகளாகிய _____ என்கிற நான், இந்தப் படிவத்தில் உள்ள உள்ளடக்கங்கள் _____ மொழியில் முழுவதுமாக எனக்கு விளக்கப்பட்டது என்றும், நான் அதை முழுவதுமாக புரிந்துகொண்டேன் எனவும் உறுதியளிக்கிறேன்.

(வாடிக்கையாளர் கையொப்பம்) _____ தேதி _____ தொடர்பு எண் _____

Instruction & Disclaimer/வழிமுறைகள் & நிபந்தனைகள்:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only
விவரங்களை தமிழ்/ஆங்கிலத்தில் மட்டும் பூர்த்தி செய்யவும்.
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail
உள்ளடக்கத்தை புரிந்துக்கொள்வதில் ஏதேனும் முரண்பாடு இருந்தால், ஆங்கிலப் பதிப்பை பார்க்கவும்.