

DIGESTIVE DISORDER QUESTIONNAIRE
செரிமான கோளாறுக்கான வினாப்பட்டியல்

(To be filled by the Life To Be Assured)/ (ஆயுள்காப்பீட்டாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டும்)

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

கேள்விகளுக்கு “ஆம்” என்பது பதிலாக இருப்பின், முழு விவரங்களை மருத்துவ அறிக்கைகளுடன் வழங்கவும்.

Name of Life To Be Assured: / ஆயுள்காப்பீட்டாளரின் பெயர்: _____

Proposal No.: / முன்மொழிதல் எண்: _____

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 a barium meal or any other investigations? Yes / No

பேரியம் மீல் அல்லது எதாவது பிற ஆய்வுகளை மேற்கொண்டீர்களா?

ஆம் / இல்லை

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

ஆம் எனில், ஆய்வுகளின் தேதி மற்றும் முடிவுகள் உள்ளிட்ட விவரங்களை வழங்கவும்.

4. Regarding your symptoms: / சிகிச்சை தொடர்பானவை:

a) Please describe your symptoms / உங்கள் அறிகுறிகளைக் குறிப்பிடவும்

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

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

அறிகுறிகள் ஏற்படும் கால இடைவெளி என்ன? எ.கா. கடந்த 12 மாதங்களில் எத்தனை முறை ஏற்பட்டன

d) When was the last occurrence of symptoms? / அறிகுறிகள் கடைசியாக எப்போது ஏற்பட்டன?

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

இந்த நிலைக்காக அறுவைசிகிச்சையை மேற்கொண்டீர்களா அல்லது அறுவைசிகிச்சையை ஆம் / இல்லை மேற்கொள்ள அறிவுறுத்தப்பட்டதா?

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

அறுவை சிகிச்சையைத் தொடர்ந்து எதாவது பிரச்சனைகள் அல்லது சிக்கல்கள் ஏற்பட்டுள்ளதா? ஆம் / இல்லை

If yes, please provide details. / ஆம் எனில், விவரங்களை வழங்கவும்.

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

தொடர் சிகிச்சையை நிறுத்திவிட்டீர்களா?

ஆம் / இல்லை

If yes, please state when. / ஆம் எனில், விவரங்களை வழங்கவும்

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

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

a) Currently / தற்போதைய நிலை

b) In the past / முந்தைய நிலை

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

a) Who is in charge of your follow-up? / உங்கள் தொடர் சிகிச்சையைக் கவனிப்பவர் யார்?

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

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

10. Have you lost significant time (e.g., weeks) off work with this condition?

Yes / No

இந்த நிலை சம்பந்தப்பட்ட சிகிச்சையைப் பெறுவதற்கான குறிப்பிட்ட (எ.கா., வாரங்கள்) நேரத்தை கடந்துவிட்டீர்களா?

ஆம் / இல்லை

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

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

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

உங்கள் விண்ணப்பத்தைச் செயல்படுத்த இவை உதவும் என நீங்கள் நினைக்கும், உங்கள் நிலைத் 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

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 புரிந்துகொள்வதில் ஏதேனும் முரண்பாடு இருந்தால், ஆங்கிலப் பதிப்பை பார்க்கவும்.

