

EPILEPSY QUESTIONNAIRE/ வலிப்பு நோய்க்கான வினாப்பட்டியல்

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

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

Proposal No.: / முன்மொழிதல் எண்: _____

1. When your epilepsy was first diagnosed? / எப்போது வலிப்பு நோய் முதலில் கண்டறியப்பட்டது?

2. Has it been described as any particular type, e.g. grand mal, absence seizures, etc.? Yes / No
வலிப்பு நோயின் குறிப்பிட்ட வகையென கண்டறியப்பட்டதா, எ.கா. கிராண்ட் மால், ஆம் / இல்லை
வலிப்புத்தாக்கமின்மை போன்றவை?

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

3. Have you undergone any investigations, such as EEG, CT or MRI scan? Yes / No
EEG, CT அல்லது MRI ஸ்கேன் போன்ற ஏதேனும் பரிசோதனைகளை மேற்கொண்டீர்களா? ஆம் / இல்லை

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

ஆம் எனில், பரிசோதனைகளின் தேதிகள் மற்றும் முடிவுகள் உள்ளிட்ட விவரங்களை வழங்கவும்.

4. Regarding the nature and frequency of your attacks: / நோய்தாக்கத்தின் தன்மை மற்றும் எண்ணிக்கைத் தொடர்பானவை:

a) Please describe the nature of your attacks including if any loss of consciousness.
நினைவிழத்தல் உள்ளிட்ட நோய்தாக்கத்தின் தன்மையை விவரிக்கவும்.

b) Are you aware of any specific provoking cause for your attack? Yes / No
நோய்தாக்கம் ஏற்படுவதற்கான குறிப்பிட்ட காரணத்தைக் குறித்து அறிவீர்களா? ஆம் / இல்லை

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

c) How long does each attack usually last? / வழக்கமாக ஒவ்வொரு நோய்தாக்கமும் எவ்வளவு நேரம் இருக்கும்?

d) How many attacks, fits or seizures have you had in the last 12 months?
கடந்த 12 மாதங்களில் எத்தனை முறை தாக்கங்கள் அல்லது வலிப்புகள் ஏற்பட்டன?

e) When was your last attack? / எப்போது கடைசியாக பாதிக்கப்பட்டீர்கள்?

f) Have you ever required hospitalisation as a result of an epileptic attack? Yes / No
வலிப்பு நோய்தாக்கத்தால் மருத்துவமனையில் கண்காணிப்பு தேவைப்பட்டதா? ஆம் / இல்லை

If yes, please provide details. / ஆம் எனில், முழு விவரங்களை அளிக்கவும்

5. Please provide details of your treatment. Include names of medication (i.e. Dilantin, Tegretol, etc.), dosage and how often taken:
சிகிச்சை விவரங்களை வழங்கவும். மருந்தின் பெயர் (அதாவது டிலாண்டின், டெக்ரேட்டால் போன்றவை),
அளவு மற்றும் எத்தனை முறை உட்கொண்டீர்கள் என்பதைக் குறிப்பிடவும்:

a) Currently. / தற்போதைய நிலை.

b) If this has been changed in the last two years, please describe in what way and why.
இது கடந்த இரண்டு வருடங்களில் மாற்றப்பட்டிருந்தால், எந்த முறையில் எதற்காக மாற்றப்பட்டது
என்பதை விவரிக்கவும்.

6. 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?

7. Please provide details, including dates and duration, of any time off work due to your epilepsy.

வலிப்பு நோயால் வேலை செய்யமுடியாமல் போன தேதி மற்றும் கால இடைவேளை உள்ளிட்ட விவரங்களை வழங்கவும்.

8. Are you prevented from holding a driving license or are your activities restricted in any other way due to epilepsy? Yes / No
வலிப்பு நோயால் ஓட்டுனர் உரிமத்திற்கு அல்லது வேறு ஏதேனும் வழியில் உங்கள் ஆம் / இல்லை
செயல்பாடுகளுக்கு தடை விதிக்கப்பட்டதா?

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

9. Does your occupation involve any work at heights, handling or working with heavy machinery or any other aspect which may increase the risk should you have an attack whilst at work? Yes / No

வேலை செய்யும் போது வலிப்பு நோய் தாக்கப்பட்டால் ஆபத்தை அதிகரிக்கக்கூடிய ஆம் / இல்லை
வேலைகளான உயரங்கள், கனரக இயந்திரங்களைக் கையாளுதல் அல்லது இயக்குதல் அல்லது ஏதேனும் பிற
செயல்கள் உங்கள் தொழிலில் உள்ளதா?

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

10. 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 புரிந்துக்கொள்வதில் ஏதேனும் முரண்பாடு இருந்தால், ஆங்கிலப் பதிப்பை பார்க்கவும்.