

GROWTHS, CYSTS, LUMPS AND TUMOURS QUESTIONNAIRE
வளர்ச்சிகள், நீர்கட்டிகள், கட்டிகள் மற்றும் கழலைகளுக்கான வினாப்பட்டியல்

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

Name of Life To Be Assured: ஆயுள்காப்பீட்டாளரின் பெயர்: _____

Proposal No.: விண்ணப்ப எண்: _____

1. When was the growth, cyst, lump or tumour first discovered?

எப்போது வளர்ச்சி, நீர்கட்டி, கட்டி அல்லது கழலை முதலில் கண்டறியப்பட்டது?

2. Please state the location in the body. / உடல் பகுதியைக் குறிப்பிடவும்.

3. Please state the precise diagnosis if known.

தெரிந்திருந்தால் மேற்கொள்ளப்பட்ட துல்லியமான நோய்க்கண்டறிதலைக் குறிப்பிடவும்

4. Has the growth been removed?

வளர்ச்சி அகற்றப்பட்டதா?

Yes / No

ஆம் / இல்லை

5. Is treatment or surgery being proposed?

சிகிச்சை அல்லது அறுவைசிகிச்சை பரிந்துரைக்கப்பட்டதா?

Yes / No

ஆம் / இல்லை

I. If no, please provide details of investigations that have been carried out. Include date(s) and results of tests.

இல்லை எனில், மேற்கொள்ளப்பட்ட பரிசோதனைகளின் விவரங்களை வழங்கவும். பரிசோதனைகளின் தேதி(கள்) மற்றும் முடிவுகளைக் குறிப்பிடவும்.

II. If yes, please provide medical reports with: / ஆம் எனில், இதனுடன் மருத்துவ அறிக்கைகளை வழங்கவும்:

a. Date of removal / அகற்றிய தேதி

b. Method of removal. e.g. local anesthetic, cryosurgery, operation with general anesthetic, etc.

அகற்றிய முறை. எ.கா. உள்ளூர் மயக்க மருந்து, குளிர்நிலை அறுவைசிகிச்சை, பொது மயக்க மருந்து மூலம் அறுவைசிகிச்சை போன்றவை

c. Name of surgeon, general practitioner, consultant, hospital or clinic.

அறுவைசிகிச்சை நிபுணர், பொது நல மருத்துவர், ஆலோசகர், மருத்துவமனை அல்லது கிளினிக்கின் பெயர்.

d. What treatment have you had following removal? e.g. tablets, radiotherapy, chemotherapy, etc.

அகற்றிய பிறகு மேற்கொள்ளப்பட்ட சிகிச்சை என்ன? எ.கா. மாத்திரைகள், ரேடியோதெரபி, ஹீமோதெரபி போன்றவை

6. Is any follow up being done currently?

தற்போது ஏதேனும் தொடர் சிகிச்சை மேற்கொள்ளப்பட்டதா?

Yes / No

ஆம் / இல்லை

If yes, please state how often. / ஆம் எனில், எத்தனை முறை என்பதைக் குறிப்பிடவும்

If no, when were you discharged from follow-up? / இல்லை எனில், எப்போது தொடர் சிகிச்சையை நிறுத்தினீர்கள்?

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

Yes / No

இந்த நிலை சம்பந்தப்பட்ட சிகிச்சையைப் பெறுவதற்கான குறிப்பிட்ட நேரத்தைக்
(அதாவது வாரங்கள்) கடந்துவிட்டீர்களா?

ஆம் / இல்லை

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

ஆம் எனில், தேதிகள் மற்றும் சிகிச்சையின் கால அளவு உள்ளிட்ட விவரங்களை வழங்கவும்

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

உங்கள் விண்ணப்பத்தைச் செயல்படுத்த உதவும் உங்கள் நிலைமை 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.