

KIDNEY AND URINARY DISORDERS QUESTIONNAIRE
சிறுநீரக பிரச்சனைகளுக்கான 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. 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 an IVP, cystoscopy or other investigations?

Yes / No

IVP, கிரிஸ்டோஸ்கோபி அல்லது பிற பரிசோதனைகளை மேற்கொண்டீர்களா?

ஆம் / இல்லை

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

ஆம் எனில், பரிசோதனைகளின் தேதிகள், முடிவுகள் உள்ளிட்ட விவரங்களை மருத்துவ அறிக்கைகளுடன் வழங்கவும்

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? அதாவது 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

ஆம் / இல்லை

அறுவைசிகிச்சையை மேற்கொள்ள அறிவுறுத்தப்பட்டதா?

If yes, please provide date(s) and full details including names of hospital and consultant/surgeon.

ஆம் எனில், தேதி(கள்), மருத்துவமனை மற்றும் ஆலோசகர்/அறுவைசிகிச்சை நிபுணரின் பெயர் உள்ளிட்ட முழு விவரங்களை வழங்கவும்.

6. Have you experienced any symptoms following surgery?

Yes / No

அறுவைசிகிச்சைக்கு பின்னர் ஏதேனும் அறிகுறிகள் ஏற்பட்டனவா?

ஆம் / இல்லை

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

7. 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:

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

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

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

c) When was your last consultation? Please provide details of your blood pressure reading at that time, if known
எப்போது கடைசியாக ஆலோசனைப் பெற்றீர்கள்? தெரிந்தால், அப்போது மேற்கொண்ட ரத்த அழுத்த அளவீட்டு விவரங்களை வழங்கவும்

9. Have you lost significant time (i.e. weeks) off work with this condition? Yes / No
இந்த நிலை சம்பந்தப்பட்ட சிகிச்சையைப் பெறுவதற்கான குறிப்பிட்ட நேரத்தைக் ஆம் / இல்லை
(எ.கா. வாரங்கள்) கடந்துவிட்டீர்களா?

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

ஆம் எனில், தேதிகள் மற்றும் சிகிச்சையின் கால அளவு உள்ளிட்ட விவரங்களை வழங்கவும்.

10. 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

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.