

MUSCULOSKELETAL DISORDERS QUESTIONNAIRE
தசைக்கூட்டு 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. What is the precise diagnosis as the cause of joint pain or joint deformity? (Please tick whichever is applicable) Rheumatoid arthritis Osteoarthritis Seronegative spondyloarthropathy (Ankylosing spondylitis or others) Tuberculosis of the joint Gouty arthritis Pyogenic arthritis Any other: Mention the diagnosis:

மூட்டு வலி அல்லது மூட்டு தேய்மானத்திற்காக மேற்கொள்ளப்பட்ட துல்லியமான நோயறிதல் என்ன? (பொருத்தமானவற்றை டிக் செய்யவும்) ரியூமட்டாய்ட் ஆர்த்ரிடிஸ் ஆஸ்டியோஆர்த்ரிடிஸ் செரோநெகடிவ் ஸ்பாண்டிலோஆர்த்ரோபதி (ஆன்கிலோசிங் ஸ்பாண்டிலிடிஸ் அல்லது மற்றவை) டியூபர்குலோசிஸ் ஆப் தி ஜாய்ன்ட் கௌடி ஆர்த்ரிடிஸ் பையோஜெனிக் ஆர்த்ரிடிஸ் ஏதேனும் பிற: நோயறிதலைக் குறிப்பிடவும்

2. Mention the joints affected and extent of disability?

பாதிக்கப்பட்ட மூட்டு மற்றும் குறைபாட்டின் அளவைக் குறிப்பிடவும்..?

3. Please give the approximate date when you last experienced problems or symptoms.

கடைசியாக ஏற்பட்ட பிரச்சனைகள் அல்லது அறிகுறிகளின் தேதியை தோராயமாக வழங்கவும்

4. Is the disease (Please tick what is applicable)? Static Progressive.

எந்த விதமான நோய் (பொருத்தமானவற்றை டிக் செய்யவும்)? நிலையானது அதிகரிக்கக்கூடியது

5. Mention laboratory tests undergone if any for evaluation? (Please mention the tests done and their reports.)

மேற்கொள்ளப்பட்ட ஆய்வக சோதனைகள் எதையேனும் மதிப்பாய்விற்காக குறிப்பிடவும்.? (மேற்கொண்ட சோதனைகள் மற்றும் அதன் அறிக்கைகளைக் குறிப்பிடவும்.)

6. Mention the medical treatment undergone. Give names of drug (generic) and duration of treatment and doses, any steroid dosage in past or ongoing?

மேற்கொண்ட மருத்துவ சிகிச்சையைக் குறிப்பிடவும். மருந்தின் பெயர்கள் (பொது), சிகிச்சையின் கால அளவு மற்றும் மருந்தளவுகள். முன்பு எடுத்துக்கொண்ட அல்லது தற்போது எடுத்துக்கொண்டிருக்கும் ஸ்டிராய்டு மருந்தளவை வழங்கவும்?

7. Has any surgery been advised for the treatment of the condition?

Yes / No

நிலையின் சிகிச்சைக்காக ஏதேனும் அறுவைசிகிச்சை அறிவுறுத்தப்பட்டதா?

ஆம் / இல்லை

If yes, please indicate the nature of surgery advised or if done already (with date of surgery)

ஆம் எனில், அறிவுறுத்தப்பட்ட அல்லது ஏற்கனவே மேற்கொண்ட அறுவை சிகிச்சையின் பெயர் (தேதியுடன்)

8. Are the symptoms of this condition severe enough to restrict your activities in any way?

இந்த நிலைக்கான அறிகுறிகள் எந்த விதத்திலாவது உங்கள் செயல்பாடுகளைத் தடைசெய்யும் அளவிற்கு கடுமையானதாக இருந்ததா?

9. Have you lost any time off work in the last 12 months because of this condition? Please give dates and duration of absence.

இந்த நிலைமையால் கடந்த 12 மாதங்களில் பணி செய்ய முடியாத நிலை ஏற்பட்டுள்ளதா? பணி செய்யாத நாட்கள் மற்றும் கால அளவை வழங்கவும்.

10. Gout - additional question: Have you suffered /suffering from any complications i.e. hypertension, kidney problems, arthritis?

கீல்வாதம் - கூடுதல் வினா: உயர் இரத்த அழுத்தம், சிறுநீரக பிரச்சனைகள், மூட்டுவாதம் போன்ற சிக்கல்களால் அவதிப்பட்டீர்களா /அவதிப்படுகிறீர்களா?

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.