

RESPIRATORY DISORDER QUESTIONNAIRE/ சுவாச கோளாறுக்கான வினாப்பட்டியல்

(Asthma, Bronchitis, Emphysema, etc.)/ (ஆஸ்துமா, மூச்சுக்குழல் அழற்சி, எம்பிஸிமா போன்றவை)

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

Proposal No.:/ விண்ணப்ப எண்: _____

Part 1 – To be filled by the Life To Be Assured or Proposer if Life To Be Assured is a minor:

பகுதி 1 - ஆயுள்காப்பீட்டாளரால் அல்லது ஆயுள்காப்பீட்டாளர் மைனராக இருந்தால் முன்மொழிபவரால் நிரப்பப்பட வேண்டும்:

1. Please state the precise diagnosis (if known):/ மேற்கொண்ட துல்லியமான நோய்க்கண்டறிதலைக் குறிப்பிடவும் (தெரிந்தால்):

2. When was this condition first diagnosed? (Please give exact age/year of onset)

எப்போது இந்த நிலை முதலில் கண்டறியப்பட்டது? (நோய் தொடங்கிய சரியான வயது/வருடத்தை குறிப்பிடவும்)

3. Have you had any X-rays, PFT or other investigations for this condition?

Yes / No

இதற்காக எக்ஸ்ரேக்கள், PFT 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. Have you been admitted to hospital for this condition?

Yes / No

இந்த நிலைக்காக மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட்டீர்களா?

ஆம் / இல்லை

If yes, attach attending physician's report / hospital discharge card.

ஆம் எனில், சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவரின் அறிக்கை / மருத்துவமனையின் டிஸ்சார்ஜ் கார்டை இணைக்கவும்

5. Regarding your symptoms. / அறிகுறிகள் சம்பந்தமானவை.

a) Please describe your symptoms./ உங்கள் அறிகுறிகளைக் குறிப்பிடவும்.

b) How frequently do symptoms occur? E.g. how many attacks on an average do you have in a year?

அறிகுறிகள் ஏற்படும் கால இடைவெளி? எ.கா. வருடத்தில் சராசரியாக எத்தனை முறை நோய் தாக்குதல் ஏற்படுகிறது?

6. Do your symptoms wake you at night? Yes No / அறிகுறிகளால் தூக்கம் பாதிக்கப்படுகிறதா? ஆம் இல்லை

If yes, how often (per month)? / ஆம் எனில், எத்தனை முறை (ஒரு மாதத்தில்)?

7. Are your attacks seasonal?

Yes / No

நோய் தாக்குதல்கள் பருவகாலத்தில் ஏற்படுகின்றதா?

ஆம் / இல்லை

If yes, give number of attacks per season: / ஆம் எனில், ஒவ்வொரு பருவத்தில் ஏற்படும் நோய் தாக்குதல்களின் எண்ணிக்கை:

8. Are you aware of any specific provoking cause(s) which trigger your symptoms? E.g. stress, etc

Yes / No

அறிகுறிகளை ஏற்படுத்தும் ஏதேனும் குறிப்பிட்ட தூண்டுதல் காரணம்(கள்) பற்றி தெரியுமா? எ.கா.

ஆம் / இல்லை

மனஅழுத்தம் போன்றவை

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

9. When was the last occurrence of symptoms and how long the symptoms usually last?

அறிகுறிகள் கடைசியாக எப்போது ஏற்பட்டன மற்றும் அவை எவ்வளவு காலம் தொடர்ந்திருந்தது?

10. How many days (total) during last two years you been away from work due to this condition?

இந்த நிலையின் காரணமாக கடந்த இரண்டு ஆண்டுகளில் எத்தனை நாட்கள் (மொத்தம்) வேலைக்கு செல்லவில்லை?

11. Please provide details of your treatment, include *name of medication* (e.g. Asthalin, Bricanyl, Vent, Deriphyline etc), dosage and how often taken. Include details of tablets, injections and inhalers.

மருந்தின் பெயர் (எ.கா. அஸ்தலின், பிரிகானில், வென்ட், டெரிபினிலின் போன்றவை), அளவு மற்றும் எத்தனைமுறை எடுத்து கொண்டீர்கள் உள்ளிட்ட சிகிச்சை விவரங்களை வழங்கவும். மாத்திரைகள், ஊசிகள் மற்றும் இன்ஹேலர்களின் விவரங்களைக் குறிப்பிடவும்.

a) Currently: / தற்போதைய நிலை:

b) In the past: / முந்தைய நிலை:

12. Have you ever taken steroids? E.g. Beclomethasone, Prednisolone etc.

Yes / No

எப்போதாவது ஸ்டீராய்டுகளைப் பயன்படுத்தியுள்ளீர்களா? எ.கா. பெக்லோமெதசோன், பிரேட்னிசோலோன் போன்றவை

ஆம் / இல்லை

If yes, please provide full details including duration and type of treatment like inhaler, tablets etc.

ஆம் எனில், சிகிச்சையின் கால அளவு, இன்ஹேலர், மாத்திரைகள் போன்ற சிகிச்சை வகை உள்ளிட்ட முழு விவரங்களை வழங்கவும்

13. 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? / தொடர்ந்து எப்படி சிகிச்சைப் பெறுவதில் பங்குகொள்கிறீர்கள்?

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

14. Do you smoke * cigarettes / beedis / cigar / pipes?

Yes / No

புகைப்பிடிக்கும் பழக்கம் உண்டா * சிகரெட்டுகள் / பீடிக்கள் / சிகார் / பைப்புகள்?

ஆம் / இல்லை

*(Strike off whichever is not applicable) If yes, how many? _____ per day, since last/ _____ years.

*(புகைக்காததை அடிக்கவும்) ஆம் எனில், எத்தனை? கடந்த _____ வருடங்களில், ஒரு நாளுக்கு _____

15. 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:

PART 2 – To be filled by the Attending Physician of the Life To Be Assured:

பகுதி 2 - ஆயுள்காப்பீட்டாளருக்கு சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவரால் நிரப்பப்பட வேண்டும்:

1. Please give the diagnosis and date of diagnosis: / நோய் கண்டறிதல் மற்றும் தேதியை வழங்கவும்:

2. Please provide details of the frequency of attacks and the date of the last attack.

நோய்தாக்கத்தின் எண்ணிக்கை மற்றும் கடைசியாக நோய் தாக்கப்பட்ட தேதி விவரங்களை வழங்கவும்

3. Would you describe the patient's condition as mild, moderate or severe? MILD MODERATE SEVERE.

நோயாளியின் நிலையை லேசானது, மிதமானது அல்லது கடுமையானதாக குறிப்பிட முடியுமா? லேசானது மிதமானது கடுமையானது

4. Is there any limitation of functional capacity including ability to work? If so please give details including dates and duration of any time off work.

வேலை செய்யும் திறன் உட்பட செயல்பாட்டில் ஏதேனும் தடையுள்ளதா? ஆம் எனில், தேதிகள் மற்றும் செயல்படாத கால அளவு உள்ளிட்ட விவரங்களை வழங்கவும்.

5. Please provide the dates and results of any investigation e.g. pulmonary function tests, chest x-rays etc.

தேதி மற்றும் பரிசோதனை முடிவுகளை வழங்கவும் எ.கா. நுரையீரல் செயல்பாடு சோதனைகள், மார்பக எக்ஸ்ரேக்கள் போன்றவை

6. Please give details of treatment, particularly any steroid therapy.

சிகிச்சையின் விவரங்கள், குறிப்பாக ஏதேனும் ஸ்டீராய்டு சிகிச்சை விவரங்களை வழங்கவும்.

7. Are you aware of any complicating features of the patient's condition? E.g. cigarette smoking, occupation, etc so, please give details.

நோயாளியின் நிலையில் ஏதேனும் சிக்கல்கள் உள்ளனவா? எ.கா. சிகரேட் புகைத்தல், தொழில் போன்றவை, விவரங்களை வழங்கவும்.

I certify that the proposer/ Life To Be Assured has put her/ his signature in my presence and I am satisfied with his/her identity

முன்மொழியவர்/ ஆயுள்காப்பீட்டாளர் எனது முன்னிலையில் கையெழுத்திட்டார் என்றும், மேலும் அவரது கையொப்பம் சரியானது என்றும் சான்றளிக்கிறேன்.

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.