

## BACK DISORDERS QUESTIONNAIRE / వెన్నెముక రుగ్మతల సంబంధిత ప్రశ్నావళి

If any of the questions are answered "YES", please provide details including dates of investigations and results  
ప్రశ్నల్లో దేనికైనా సమాధానం "అవును" అయితే, దయచేసి వైద్య పరీక్షలు చేయించుకున్న తేదీలు మరియు ఫలితాలతో సహా వివరాలను అందించండి

Name of Life To Be Assured:/ జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి పేరు: \_\_\_\_\_

Proposal No.:/ ప్రపోజల్ సం.: \_\_\_\_\_

### Part 1: To be filled by Life To Be Assured / జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి పూరించాలి

1. Please state the precise diagnosis, if known: / దయచేసి ఖచ్చిత నిర్ధారణ అయిన వ్యాధి తెలిసి ఉంటే పేర్కొనండి:

\_\_\_\_\_

2. When was this condition first diagnosed? / మొదటిసారిగా ఈ పరిస్థితి ఎప్పుడు నిర్ధారణ అయ్యింది?

\_\_\_\_\_

3. Have you had any x-rays or other investigations?

మీరు ఎక్స్-రేలు లేదా ఇతర వైద్య పరీక్షలు చేయించుకున్నారా?

Yes No

అవును లేదు

4. Regarding your symptoms:/ మీ వ్యాధి లక్షణాలకు సంబంధించిన వివరాలు:

a) Please describe your symptoms/ దయచేసి మీ వ్యాధి లక్షణాలను వివరించండి

\_\_\_\_\_

b) When did symptoms first occur? / మొదటిసారిగా వ్యాధి లక్షణాలు ఎప్పుడు సంభవించాయి?

\_\_\_\_\_

c) How frequently do symptoms occur? i.e. how often in the last 12 months

వ్యాధి లక్షణాలు ఎంత తరచుగా సంభవిస్తుంటాయి? అనగా గత 12 నెలల్లో ఎంత తరచుగా సంభవించాయి

\_\_\_\_\_

d) Are your activities restricted in any way?

వీటి వలన ఏ విధంగానైనా మీ పనులకు ఆటంకం కలుగుతోందా?

Yes No

అవును లేదు

e) Do you use a cane or other mobility aids?

మీరు చేతికర్ర లేదా నడవడంలో సహాయపడే ఇతర పరికరాలను ఉపయోగిస్తున్నారా?

Yes No

అవును లేదు

5. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered?

ఈ పరిస్థితి నుండి బయటపడటానికి మీరు శస్త్రచికిత్స చేయించుకున్నారా లేదా శస్త్రచికిత్స చేయించుకోవడం పరిగణనలో ఉందా?

Yes No

అవును లేదు

6. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken. Include details of any physiotherapy:

దయచేసి మీ చికిత్స వివరాలను అందించండి. ఔషధాల పేర్లు, మోతాదు మరియు ఎంత తరచుగా వినియోగించారు వంటివి పేర్కొనండి. ఫిజియోథెరపీ చేయించుకుని ఉంటే, ఆ వివరాలను పేర్కొనండి:

a) Currently /ప్రస్తుతం \_\_\_\_\_

b) In the past / గతంలో \_\_\_\_\_

7. Regarding the monitoring of your condition: / మీ పరిస్థితి పర్యవేక్షణ సంబంధిత వివరాలు:

a) Who is in charge of your follow-up? / మీకు తదనంతర చికిత్స ఎవరు చేస్తున్నారు? \_\_\_\_\_

b) How often do you attend for follow-up? / తదనంతర చికిత్స పొందడానికి మీరు ఎంత తరచుగా హాజరవుతారు? \_\_\_\_\_

c) When was your last consultation? / మీరు చివరిసారిగా వైద్యులను ఎప్పుడు సంప్రదించారు? \_\_\_\_\_

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

మీరు ఈ పరిస్థితి కారణంగా గణనీయ సమయ వ్యవధి (ఉదా. వారాలు) పాటు పనికి వెళ్ళలేదా?

Yes No

అవును లేదు

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

వెళ్ళనట్లయితే, దయచేసి పనికి వెళ్ళని తేదీలు మరియు వ్యవధి వంటి వివరాలను అందించండి.

\_\_\_\_\_

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

దయచేసి మీ పరిస్థితికి సంబంధించిన ఏదైనా అదనపు సమాచారం మీ దరఖాస్తును ప్రాసెస్ చేయడంలో సహాయకరంగా ఉంటుందని మీరు భావించే పక్షంలో దాన్ని అందించండి

\_\_\_\_\_

**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.

**జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి అందించే నిర్ధారణ:**

నేను అందించిన సమాధానాలు నాకు తెలిసినంత వరకు వాస్తవమని, అలాగే ఈ దరఖాస్తు నిర్ధారణను లేదా ఆమోదాన్ని ప్రభావితం చేసే ఎటువంటి ముఖ్య సమాచారాన్ని నేను అందించకుండా దాచలేదని నిర్ధారిస్తున్నాను. ఈ ఫారమ్ నేను కెనరా హెచ్ఎస్బీఐ ఓరియంటల్ బ్యాంక్ ఆఫ్ కామర్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్లో జీవిత బీమా కోసం చేసుకున్న దరఖాస్తులో భాగంగా పరిగణించబడుతుందని మరియు నాకు తెలిసిన ఏదైనా ముఖ్య వాస్తవాన్ని వెల్లడించకపోతే ఒప్పందం రద్దు చేయబడుతుందని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

Date & Place: తేదీ & స్థలం:

Signature of Life to be Assured/ జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి సంతకం

**Part 2: To be filled by Attending Physician / భాగం 2: చికిత్స అందించే వైద్యుడు పూరించాలి**

1. How has the condition been treated; is future surgery planned?

ఈ పరిస్థితికి ఎలాంటి చికిత్స అందించారు; భవిష్యత్తులో శస్త్రచికిత్స చేయాలని భావిస్తున్నారా?

\_\_\_\_\_

2. Please give details of current symptoms/ దయచేసి ప్రస్తుత వ్యాధి లక్షణాల వివరాలను అందించండి

\_\_\_\_\_

3. Have there been any episodes of associated anxiety of depression? If so, please give details

మనో వ్యాకులత ఆందోళనకు గురయ్యిన సంఘటనలు ఎప్పుడైనా జరిగాయో? జరిగి ఉంటే, దయచేసి వివరాలను అందించండి

\_\_\_\_\_

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

రోగికి ఈ పరిస్థితి సంభవించడం వలన అతనికి ఇబ్బందికరంగా మారే అంశాల గురించి మీకు అవగాహన ఉందా? ఉదా. వృత్తి మొదలైనవి. ఉన్నట్లయితే, దయచేసి వివరాలను అందించండి

\_\_\_\_\_

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.

నేను ప్రవోజర్/ జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి నా సమక్షంలో అతను/ఆమె సంతకం చేశారని మరియు నేను అతని/ఆమె గుర్తింపును విశ్వసిస్తున్నానని ధృవీకరిస్తున్నాను.

**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. \_\_\_\_\_

**ధృవీకరణ, ఈ ఫారమ్లో ప్రాంతీయ భాషలో సంతకం చేసి ఉంటే/వేలిముద్ర వేసి ఉంటే:**

\_\_\_\_\_ గారి కుమారుడు / కుమార్తె అయిన, \_\_\_\_\_ చిరునామాలో నివసిస్తున్న \_\_\_\_\_ అను నేను ఇందుమూలముగా \_\_\_\_\_ భాషలో నాకు ఈ ఫారమ్లోని విషయాలను సంపూర్ణంగా వివరించబడ్డాయని మరియు వాటిని నేను అర్థం చేసుకున్నానని నిర్ధారిస్తున్నాను.

(వినియోగదారు సంతకం) \_\_\_\_\_ తేదీ \_\_\_\_\_ సంప్రదింపు సం. \_\_\_\_\_

**Instruction & Disclaimer: / సూచన & నిరాకరణ:**

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.  
దయచేసి వివరాలను తెలుగు/ఆంగ్లంలో మాత్రమే పూరించండి.
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.  
ఇందులోని అంశాల భాషాంతరీకరణలో ఏదైనా వైరుధ్యాలు ఉంటే, ఆంగ్ల పాఠ్యాంతరం పరిగణనలోకి తీసుకోబడుతుంది.