

GROWTHS, CYSTS, LUMPS AND TUMOURS QUESTIONNAIRE / పెరుగుదలలు, సిస్టులు, బొబ్బలు మరియు కంతుల సంబంధిత ప్రశ్నావళి

(To be filled by the Life To Be Assured)/ (జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి పూరించాలి)

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

Proposal No.:/ ప్రపోజల్ సం.: _____

1. When was the growth, cyst, lump or tumour first discovered? / పెరుగుదల, సిస్టు, బొబ్బ లేదా కంటిని మొదటిసారిగా ఎప్పుడు గుర్తించారు?

2. Please state the location in the body/ దయచేసి శరీరంలోని ఏ భాగంలో ఏర్పడిందో పేర్కొనండి

3. Please state the precise diagnosis if known/ దయచేసి ఖచ్చిత నిర్ధారణ అయ్యిన వ్యాధి తెలిసి ఉంటే పేర్కొనండి

4. Has the growth been removed?

పెరుగుదలను తీసివేశారా?

Yes / No

అవును/ లేదు

5. Is treatment or surgery being proposed?

చికిత్స లేదా శస్త్రచికిత్స చేయించుకోవాలని సూచిస్తున్నారా?

Yes/ No

అవును/ లేదు

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

కాని పక్షంలో, దయచేసి చేయించుకున్న వైద్య పరీక్షల వివరాలను అందించండి. వాటితో పాటు పరీక్షలు చేయించుకున్న తేదీ(లు) మరియు ఫలితాలను అందించండి.

II. If yes, please provide medical reports with:/ సూచిస్తున్న పక్షంలో, దయచేసి ఈ వివరాలతో కూడిన వైద్య నివేదికలను అందించండి:

a. Date of removal / తీసివేసిన తేదీ _____

b. Method of removal. e.g. local anesthetic, cryosurgery, operation with general anesthetic, etc
తీసివేసిన పద్ధతి. ఉదా. లోకల్ అనస్థెటిక్, క్రయోసర్జరీ, సాధారణ అనస్థెటిక్ తో చేసే శస్త్రచికిత్స మొదలైనవి

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

శస్త్రచికిత్సకుడు, సాధారణ వైద్యులు, వైద్య సలహాదారు, ఆసుపత్రి లేదా వైద్యశాల పేరు. _____

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

తీసివేసిన అనంతరం ఏ విధమైన చికిత్స పొందారు? ఉదా. మాత్రలు, రేడియోథెరపీ, కీమోథెరపీ మొదలైనవి

6. Is any follow up being done currently?

ఇప్పుడు కూడా తదనంతర చికిత్స ఏదైనా కొనసాగిస్తున్నారా?

Yes/ No

అవును/ లేదు

If yes, please state how often / పాటిస్తున్నట్లయితే, దయచేసి ఎంత తరచుగా పాటిస్తున్నారో తెలియజేయండి

If no, when were you discharged from follow-up?/ పాటించకపోతే, మీరు ఎప్పుటి నుండి పాటించడం మానేశారో తెలియజేయండి?

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

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

Yes/ No

అవును/ లేదు

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

వెళ్లనట్లయితే, దయచేసి పనికి వెళ్లని తేదీలు మరియు వ్యవధి వంటి వివరాలను అందించండి

8. 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 హెచ్ఎస్బీసి 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

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/వలిముద్ర వేసి ఉంటే:

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

(వినియోగదారు సంతకం) _____ తేదీ _____ సంప్రదింపు నం. _____

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 పాఠ్యాంశం పరిగణనలోకి తీసుకోబడుతుంది.