

GYNECOLOGICAL DISORDERS QUESTIONNAIRE – APPLICANT/స్త్రీ జననోత్పత్తి రుగ్మతల సంబంధిత ప్రశ్నావళి – దరఖాస్తుదారు

(Includes Abnormal Cervical Smear, Hysterectomy, Menstrual problems, etc.)

(ఇందులో అసాధారణ గర్భాశయ కంతులు, గర్భాశయ తొలగింపు, రుతు సంబంధ సమస్యలు మొదలైనవి ఉంటాయి)

Name of Life To Be Assured:/ జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి పేరు: _____ Proposal No.:/ ప్రపోజల్ నం.: _____

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

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

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

b) Please describe your symptoms. / దయచేసి మీ వ్యాధి లక్షణాలను రించండి.

c) How frequently do symptoms occur? e.g. how often in the last 12 months
వ్యాధి లక్షణాలు ఎంత తరచుగా సంభవిస్తుంటాయి? ఉదా. గత 12 నెలల్లో ఎంత తరచుగా సంభవించాయి

d) When was the last occurrence of symptoms? / వ్యాధి లక్షణాలు చివరిగా ఎప్పుడు సంభవించాయి?

3. Have you undergone any test or investigations for this condition?

Yes /No

మీరు ఈ పరిస్థితికి సంబంధించి ఏవైనా వైద్య పరీక్షలు లేదా పరిశోధనలు చేయించుకున్నారా?

అవును/లేదు

If yes, please provide details including date of investigations and results with copy of medical reports

చేయించుకున్నట్లయితే, దయచేసి వైద్య పరీక్షలు చేయించుకున్న తేదీ మరియు ఫలితాలు వంటి వివరాలను, వాటితో పాటు వైద్య నివేదికల కాపీని అందించండి

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

Yes /No

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

అవును/లేదు

If yes, please provide date(s) and full details with medical reports including name of the surgery, names of hospital and consultant/surgeon.

అవును అయితే, దయచేసి తేదీ(లు) మరియు శస్త్రచికిత్స పేరు, ఆసుపత్రి మరియు వైద్య సలహాదారు/శస్త్ర చికిత్సకుని పేర్లు ఉన్న వైద్య నివేదికలతో సహా పూర్తి వివరాలను అందించండి.

5. Have you experienced any symptoms following surgery?

Yes /No

శస్త్రచికిత్స తర్వాత మీకు ఏవైనా వ్యాధి లక్షణాలు సంభవించాయా?

అవును/లేదు

If yes, please provide details

సంభవించినట్లయితే, దయచేసి వివరాలను అందించండి

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

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

Currently: / ప్రస్తుతం:

In the past: / గతంలో:

7. Are you currently on follow up?

Yes /No

మీరు ఇప్పుడు తదనంతర చికిత్స ఏదైనా కొనసాగిస్తున్నారా?

అవును/లేదు

If yes, please state how often కొనసాగిస్తున్నట్లయితే, దయచేసి ఎంత తరచుగా కొనసాగిస్తున్నారో తెలియజేయండి.

If no, when were you discharged from follow-up? / కొనసాగించకపోతే, మీరు ఎప్పుటి నుండి మానకారో తెలియజేయండి?

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

Yes /No

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

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

9. Please provide any additional information on your condition that 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 సమాచారాలు 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

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 విషయాలు 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.