

KIDNEY AND URINARY DISORDERS QUESTIONNAIRE/మూత్రపిండం మరియు మూత్రాశయ రుగ్మతల 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. Please state the precise diagnosis, if known/ దయచేసి ఖచ్చిత నిర్ధారణ అయ్యిన వ్యాధి తెలిసి ఉంటే పేర్కొనండి

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

3. Have you had an IVP, cystoscopy or other investigations?

Yes No

మీరు ఐవిపి, సిస్టోస్కోపీ లేదా ఇతర వైద్య పరీక్షలు చేయించుకున్నారా?

అవును లేదు

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

చేయించుకున్నట్లయితే, దయచేసి వైద్య పరీక్షలు చేయించుకున్న తేదీలు మరియు ఫలితాలు వంటి వివరాలను, వాటితో పాటు వైద్య నివేదికలను అందించండి n

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

5. 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 including names of hospital and consultant/surgeon.

అవును అయితే, దయచేసి తేదీ(లు) మరియు ఆసుపత్రి మరియు వైద్య సలహాదారు/శస్త్ర చికిత్సకుని పేర్లతో సహా పూర్తి వివరాలను అందించండి.

6. 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 వివరాలు అందించండి

7. 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:

a) Currently: / ప్రస్తుతం: _____

b) In the past: / గతంలో: _____

8. Regarding the monitoring of your condition: / మీ పరిస్థితి పర్యవేక్షణకు సంబంధించిన 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? Please provide details of your blood pressure reading at that time, if known

మీరు చివరిసారిగా వైద్యులను ఎప్పుడు సంప్రదించారు? దయచేసి ఆ సమయంలో మీ రక్తపోటు రీడింగ్ వివరాలు తెలిసి ఉంటే ఆ వివరాలను అందించండి

9. Have you lost significant time (i.e. 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

10. 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 సమాచారాలు నాకు తెలిసినంత వరకు వాస్తవమని, అలాగే ఈ దరఖాస్తు నిర్ధారణను లేదా ఆమోదాన్ని ప్రభావితం చేసే ఎటువంటి ముఖ్య సమాచారాన్ని నేను అందించకుండా దాచలేదని నిర్ధారిస్తున్నాను. ఈ ఫారమ్ నేను కెనరా హెచ్ఎస్బీసి ఓరియెంటల్ 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. _____

దృవీకరణ, 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.

(వినీయోగదారు 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.