

MUSCULOSKELETAL DISORDERS QUESTIONNAIRE/కండరాల-అస్థిపంజర 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. What is the precise diagnosis as the cause of joint pain or joint deformity? (Please tick whichever is applicable) Rheumatoid arthritis Osteoarthritis Seronegative spondyloarthropathy (Ankylosing spondylitis or others) Tuberculosis of the joint Gouty arthritis Pyogenic arthritis Any other: Mention the diagnosis:

కీళ్ల నొప్పి లేదా కీళ్ల వైకల్యం కారణంగా సంభవించిందని ఖచ్చిత నిర్ధారణ అయ్యిన వ్యాధి ఏది? (దయచేసి వర్తించే దాన్ని టిక్కు పెట్టండి) రుమటాయిడ్ ఆర్థరైటిస్ ఆస్టియో ఆర్థరైటిస్ సరోనెగటివ్ స్పాండిలోలోథ్రోపతి (అంకిల్లింగ్ స్పాండిలైటిస్ లేదా ఇతరాలు) కీళ్ల క్షయ వ్యాధి గాటి ఆర్థరైటిస్ పయోజెనిక్ ఆర్థరైటిస్ వేరేది అయితే: వ్యాధి నిర్ధారణను పేర్కొనండి:

2. Mention the joints affected and extent of disability?/ ప్రభావితమైన కీళ్లు మరియు వైకల్యం తీవ్రతను పేర్కొనండి?

3. Please give the approximate date when you last experienced problems or symptoms

దయచేసి మీరు చివరిగా సమస్యలు లేదా వ్యాధి లక్షణాలతో బాధపడిన తేదీని పేర్కొనండి

4. Is the disease (Please tick what is applicable)? Static Progressive/వ్యాధి రకం ఏమిటి (దయచేసి వర్తించే దానికి టిక్కు పెట్టండి)? స్థిరమైనది పెరిగేది

5. Mention laboratory tests undergone if any for evaluation? (Please mention the tests done and their reports.)

అంచనా కోసం ప్రయోగశాలలో ఏవైనా పరీక్షలు చేయించుకుని ఉంటే, వాటిని పేర్కొనండి? (దయచేసి చేయించుకున్న పరీక్షలు మరియు వాటి నివేదికలను తెలియజేయండి.)

6. Mention the medical treatment undergone. Give names of drug (generic) and duration of treatment and doses, any steroid dosage in past or ongoing?

చేయించుకున్న వైద్య చికిత్సను పేర్కొనండి. ఔషధాల పేర్లు (సాధారణం) మరియు చికిత్స వ్యవధి మరియు మోతాదులు, గతంలో లేదా ప్రస్తుతం ఏదైనా స్టెరాయిడ్ మోతాదులను తీసుకున్నట్లయితే ఆ వివరాలు అందించండి.

7. Has any surgery been advised for the treatment of the condition?

Yes No

ఈ పరిస్థితి నుండి బయటపడటానికి ఏదైనా శస్త్రచికిత్స చేయించుకోవాలని సూచించారా?

అవును లేదు

If yes, please indicate the nature of surgery advised or if done already (with date of surgery)

సూచించినట్లయితే, దయచేసి సూచించిన లేదా ఇప్పటికే చేయించుకున్న శస్త్రచికిత్స రకాన్ని పేర్కొనండి (శస్త్రచికిత్స జరిగిన తేదీతో సహా)

8. Are the symptoms of this condition severe enough to restrict your activities in any way?

ఈ పరిస్థితి కల్పించిన వ్యాధి లక్షణాలు మీ పనులకు ఏ విధంగానైనా ఆటంకం కలిగించేటంత తీవ్రంగా ఉన్నాయా?

9. Have you lost any time off work in the last 12 months because of this condition? Please give dates and duration of absence.

మీరు ఈ పరిస్థితి కారణంగా గత 12 నెలల్లో ఎప్పుడైనా పనికి వెళ్లలేదా? దయచేసి పనికి వెళ్లని తేదీలు మరియు వ్యవధిని పేర్కొనండి.

10. Gout - additional question: Have you suffered /suffering from any complications i.e. hypertension, kidney problems, arthritis?

కీళ్లనాతం - అదనపు ప్రశ్న: మీరు రక్తపోటు, మూత్రపిండాల సమస్యలు, ఆర్థరైటిస్ వంటి అవలక్షణాలు వేటితోనైనా బాధపడ్డారా/బాధపడుతున్నారా?

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/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 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 పాఠ్యాంతరం పరిగణనలోకి తీసుకోబడుతుంది.