

**RESPIRATORY DISORDER QUESTIONNAIRE/శ్వాసకోశ రుగ్మతల సంబంధిత ప్రశ్నావళి**

(Asthma, Bronchitis, Emphysema, etc.)/(ఉబ్బసం, శ్వాస నాళాల వాపు, ఊపిరితిత్తి వాయుకోశాల బబ్బు మొదలైనవి)

Name of Life To Be Assured:/ జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి పేరు: \_\_\_\_\_ Proposal No.:/ ప్రపోజర్ సం.: \_\_\_\_\_

**Part 1 – To be filled by the Life To Be Assured or Proposer if Life To Be Assured is a minor:**

**భాగం 1 – జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి లేదా జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి మైనర్ అయిన పక్షంలో ప్రపోజర్ పూరించాలి:**

1. Please state the precise diagnosis (if known):/ దయచేసి ఖచ్చిత నిర్ధారణ అయ్యిన వ్యాధిని పేర్కొనండి (తెలిసి ఉంటే):

\_\_\_\_\_

2. When was this condition first diagnosed? (Please give exact age/year of onset)

మొదటిసారిగా ఈ పరిస్థితి ఎప్పుడు నిర్ధారణ అయ్యింది? (దయచేసి పరిస్థితి ప్రారంభమైన నిర్దిష్ట వయస్సు/సంవత్సరాన్ని పేర్కొనండి)

\_\_\_\_\_

3. Have you had any X-rays, PFT or other investigations for this condition?

Yes No

మీరు ఈ పరిస్థితికి సంబంధించి ఏవైనా ఎక్స్-రేలు, పిఎఫ్టి 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 వివరాలు, వాటితో పాటు వైద్య నివేదికలను అందించండి

\_\_\_\_\_

4. Have you been admitted to hospital for this condition?

Yes No

మీరు ఈ పరిస్థితికి చికిత్స పొందడానికి ఆసుపత్రిలో చేరారా?

అవును లేదు

If yes, attach attending physician's report / hospital discharge card./ చేరినట్లయితే, వైద్యుల నివేదిక/ ఆసుపత్రి డిశ్చార్జ్ కార్డును జత చేయండి.

5. Regarding your symptoms. / మీ వ్యాధి లక్షణాలకు సంబంధించిన వివరాలు.

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

\_\_\_\_\_

b) How frequently do symptoms occur? E.g. how many attacks on an average do you have in a year?

వ్యాధి లక్షణాలు ఎంత తరచుగా సంభవిస్తుంటాయి? ఉదా. సంవత్సరంలో సగటున ఎన్నిసార్లు సంభవిస్తాయి?

\_\_\_\_\_

6. Do your symptoms wake you at night?

Yes No

మీ వ్యాధి లక్షణాలు కారణంగా రాత్రిపూట నిద్రాభంగం అవుతోందా?

అవును లేదు

If yes, how often (per month)?/ అవుతున్నట్లయితే, ఎంత తరచుగా ఇలా జరుగుతోంది (ప్రతి నెలకు)?

\_\_\_\_\_

7. Are your attacks seasonal?

Yes No

మీకు ఇలాంటి ఘాతాలు (అటాక్స్) ఋతువులను బట్టి సంభవిస్తున్నాయా?

అవును లేదు

If yes, give number of attacks per season:/ అలా సంభవిస్తున్నట్లయితే, ఒక ఋతువులో ఎన్నిసార్లు సంభవిందాయో తెలియజేయండి :

\_\_\_\_\_

8. Are you aware of any specific provoking cause(s) which trigger your symptoms? E.g. stress, etc

Yes No

ఏ నిర్దిష్ట ప్రేరేపిత కారణం(లు) వలన మీకు వ్యాధి లక్షణాలు సంభవిస్తాయనే దాని గురించి మీకు అవగాహన ఉందా? ఉదా. ఒత్తిడి, మొదలైనవి

అవును లేదు

If yes, please provide details/ తెలిసి ఉంటే, దయచేసి వివరాలను అందించండి

\_\_\_\_\_

9. When was the last occurrence of symptoms and how long the symptoms usually last?

చివరిసారిగా వ్యాధి లక్షణాలు ఎప్పుడు సంభవించాయి మరియు ఆ వ్యాధి లక్షణాల ప్రభావం ఎంతసేపు ఉండింది?

\_\_\_\_\_

10. How many days (total) during last two years you been away from work due to this condition?

ఈ పరిస్థితి కారణంగా మీరు గత రెండు సంవత్సరాల్లో ఎన్ని రోజులు (మొత్తం) పనికి వెళ్లేలేదు? \_\_\_\_\_

11. Please provide details of your treatment, include name of medication (e.g. Asthalin, Bricanyl, Vent, Deriphyline etc), dosage and how often taken. Include details of tablets, injections and inhalers.

దయచేసి మీ చికిత్స వివరాలను అందించండి, ఔషధాల పేరు (ఉదా. ఆస్థాలిన్, బ్రికానైల్, వెంట్, డెరిఫైలిన్ మొదలైనవి), మోతాదు మరియు ఎంత తరచుగా వినియోగించారు వంటివి పేర్కొనండి. మాత్రలు, సూదిమందులు మరియు ఇన్ హేలర్ల వివరాలను కూడా జత చేయండి.

a) Currently:/ ప్రస్తుతం: \_\_\_\_\_

b) In the past:/ గతంలో: \_\_\_\_\_

12. Have you ever taken steroids? E.g. Beclomethasone, Prednisolone etc. Yes No  
 మీరు ఎప్పుడైనా స్టెరాయిడ్లు తీసుకున్నారా? ఉదా. బెక్లొమెథాసోన్, ప్రెడ్నిసోలోన్ మొదలైనవి. అవును లేదు  
 If yes, please provide full details including duration and type of treatment like inhaler, tablets etc.  
 తీసుకున్నట్లయితే, దయచేసి ఇన్హేలర్, మాత్రలు వంటి చికిత్స వ్యవధి మరియు రకం వంటి పూర్తి వివరాలను అందించండి

13. 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 కోసం మీరు ఎంత తరచుగా హాజరవుతున్నారు?

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

14. Do you smoke \* cigarettes / beedis / cigar / pipes? Yes No/ మీరు \* సిగరెట్లు / బీడీలు / సిగార్ / పైప్స్ వంటివి కాలుస్తారా? అవును లేదు

\*(Strike off whichever is not applicable) If yes, how many?/ \*(వర్తించని దాన్ని కొట్టివేయండి) కాల్చేటట్లయితే, ఎన్ని కాలుస్తారు? గత \_\_\_\_\_ per day, since last/ సంవత్సరాలుగా, రోజుకు \_\_\_\_\_.

15. 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 దాదలదలని నిర్ధారణున్నాను. 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 వెల్లడించడమే తప్ప ఉద్దేశం 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 the Attending Physician of the Life To Be Assured: / భాగం 2 – జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తికి చికిత్స అందిస్తున్న వైద్యుడు పూరించాలి:**

1. Please give the diagnosis and date of diagnosis: / దయచేసి వ్యాధి నిర్ధారణ గురించి మరియు వ్యాధి నిర్ధారణ జరిగిన తేదీని అందించండి:

2. Please provide details of the frequency of attacks and the date of the last attack  
 దయచేసి ఎంత తరచుగా పూతాలు సంభవిస్తున్నాయి మరియు చివరిసారిగా పూతం సంభవించిన తేదీ వంటి వివరాలు అందించండి

3. Would you describe the patient's condition as mild, moderate or severe? MILD MODERATE SEVERE  
 తేలికపాటిగా ఉంది, మధ్యస్థంగా ఉంది లేదా తీవ్రంగా ఉంది వంటి వాటి ఆధారంగా రోగి పరిస్థితిని వివరించగలరా? తేలికపాటి మధ్యస్థం తీవ్రం

4. Is there any limitation of functional capacity including ability to work? If so please give details including dates and duration of any time off work.  
 పని చేయలేకపోవడం వంటి పనికి వెళ్లడానికి ప్రతిబంధకంగా మారిన సందర్భాలు ఏవైనా ఉన్నాయా? ఉన్నట్లయితే, దయచేసి పనికి వెళ్లని తేదీలు మరియు వ్యవధి వంటి వివరాలను అందించండి.

5. Please provide the dates and results of any investigation e.g. pulmonary function tests, chest x-rays etc.  
 దయచేసి వైద్య పరీక్ష చేయించుకున్న తేదీలు మరియు ఫలితాలను అందించండి. ఉదా. ఊపిరితిత్తుల పనితీరు పరీక్షలు, థాటి ఎక్స్-రేలు మొదలైనవి.

6. Please give details of treatment, particularly any steroid therapy.  
 దయచేసి చికిత్స వివరాలను అందించండి, ముఖ్యంగా ఏదైనా స్టెరాయిడ్ చికిత్స చేయించుకున్నట్లయితే.

7. Are you aware of any complicating features of the patient's condition? E.g. cigarette smoking, occupation, etc so, please give details.  
 రోగి పరిస్థితికి కారణమైన క్లిష్ట అంశాల గురించి మీకు అవగాహన ఉందా? ఉదా. సిగరెట్ త్రాగడం, 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 ప్రపోజర్/ జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి నా సమక్షంలో అతను/ఆమె సంతకం చేశారని మరియు నేను అతని/ఆమె గుర్తింపును విశ్వసించుకున్నానని 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 ఫారములో ప్రాంతీయ భాషలో సంతకం చేసి ఉంటే/వేలిముద్ర వేసి ఉంటే:

\_\_\_\_\_ గారి కుమారుడు / కుమార్తె అయిన, \_\_\_\_\_ చిరునామాలో నివసిస్తున్న \_\_\_\_\_ అను  
నేను ఇందుమూలముగా \_\_\_\_\_ భాషలో నాకు ఈ ఫారములోని 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 ఏవైనా వైరుధ్యాలు ఉంటే, ఆంగ్ల పాఠ్యాంతరం పరిగణనలోకి తీసుకోబడుతుంది.