

COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire

COVID-19 (করোনাভাইরাস) এর সংস্পর্শ সংক্রান্ত প্রশ্নাবলী

(To be filled by Life Assured only)
(কেবলমাত্র বিমাকৃত ব্যক্তি পূরণ করবেন)

Name of the Life insured: _____ Proposal/Policy No: _____
বিমাকৃত ব্যক্তির নাম: _____ প্রপোজাল/পলিসি নং: _____

Please provide the following information with as much details as possible:

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য যথাসম্ভব বিশদে দিন:

- | | Yes
হ্যাঁ | No
না |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Are you, or your immediate family members/co-habitants have been in close contact with anyone who has been quarantined or who has been diagnosed with novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? If yes, please provide details.
আপনি বা আপনার নিকটাত্মীয়/সহবাসীদের কেউ এমন কারও ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শে এসেছিলেন কি যাকে কোয়ারেন্টিন্ড করা হয়েছে বা যার নভেল করোনাভাইরাস (SARS-CoV-2/COVID-19) ধরা পড়েছে? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে বিশদ দিন। | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you or your family members /cohabitants ever been quarantined/ kept under observation/home isolation due to a possible exposure to novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19) till date since 1.1.2020.
1.1.2020 তারিখ পর্যন্ত আপনাকে বা আপনার পরিবারের সদস্য/সহবাসীদের কাউকে কি কখনও নভেল করোনাভাইরাসের (SARS-CoV-2/COVID-19) সম্ভাব্য সংস্পর্শের কারণে পর্যবেক্ষণে/বাড়িতে বিচ্ছিন্ন করে কোয়ারেন্টিন্ড করে রাখা হয়েছে। | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Have you or your family/co-habitants been advised to be tested to rule in, or rule out, a diagnosis of or hospitalized for observation or treatment in past 2 months for respiratory symptoms for novel coronavirus (SARS- CoV-2/COVID-19)? Or, are you awaiting the result of a test which has already been submitted for the novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)?
গত 2 মাসে নভেল করোনা ভাইরাসের (SARS- CoV-2/COVID-19) শ্বাসপ্রশ্বাসজনিত উপসর্গের জন্য আপনাকে বা আপনার পরিবারের সদস্য/সহবাসীদের কাউকে কি পর্যবেক্ষণ বা চিকিৎসার জন্য রোগ নির্ণয় বা হাসপাতালে ভর্তি করানো উচিত কিনা নিশ্চিত হওয়ার জন্য পরামর্শ দেওয়া হয়েছে? অথবা, আপনি কি নভেল করোনা ভাইরাসের (SARS-CoV-2/COVID-19) জন্য ইতিমধ্যে জমা দেওয়া পরীক্ষার ফলের অপেক্ষা করছেন? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Have you been tested for COVID-19? ,If yes, please provided all the reports of same till date
আপনার কি COVID-19 পরীক্ষা করা হয়েছে?, হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে আজ অবধি সমস্ত রিপোর্ট দিন | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Have you ever tested positive for the novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? If yes, provide the date of positive diagnosis & reports of same till date.
আপনার কি কখনও নভেল করোনা ভাইরাস (SARS-CoV-2/COVID-19) ধরা পড়েছে? হ্যাঁ হলে, ধরা পড়ার তারিখ এবং আজ অবধি তার সব রিপোর্ট দিন। | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Have you/ your Family/co-habitants experienced any symptoms of Fever, Cough, Cold, Shortness of breath, Malaise (flu-like-tiredness), Rhinorrhoea (mucus discharge from the nose), Sore throat, Gastro – Intestinal symptoms such as nausea, vomiting and/or diarrhoea. If yes, specify the details of person who experienced these (you/your family members) and provide full information.
আপনি/আপনার পরিবার/সহবাসীরা কি জ্বর, কাশি, ঠাণ্ডা লাগা, শ্বাসকষ্ট, ম্যালেরিজ (জ্বর মত ক্লান্তি), রাইনোরিয়া (নাক থেকে স্লেমা বারা), গলাব্যথা, গ্যাস্ট্রো-ইন্টেস্টিনাল উপসর্গ যেমন বমি ভাব, বমি এবং/অথবা ডায়রিয়ার মত উপসর্গ অনুভব করেছেন। হ্যাঁ হলে, সেই ভুক্তভোগী ব্যক্তির (আপনি/আপনার পরিবারের সদস্যের) বিশদ দিন এবং সম্পূর্ণ তথ্য দিন। | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Are you currently in good health?
আপনার স্বাস্থ্য কি এখন ভাল? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please provide the details below if any of above question is answered as “Yes”

উপরের যে কোনো প্রশ্নের উত্তর “হ্যাঁ” হলে অনুগ্রহ করে নিচের বিশদ তথ্য দিন

8	Travel Declaration ভ্রমণ ঘোষণা			
8.a	Please provide your travel patterns over the last 5 months (please provide copy of all pages of passport of life assured showing entry and exit of below travel dates): অনুগ্রহ করে গত 5 মাসে আপনার ভ্রমণের প্যাটার্ন দিন (অনুগ্রহ করে নিচের ভ্রমণের তারিখগুলিতে প্রবেশ ও প্রস্থান দেখিয়ে বিমাকৃত ব্যক্তির পাসপোর্টের সমস্ত পৃষ্ঠার অনুলিপি দিন):			
	COUNTRY দেশ	CITY শহর	DATE ARRIVED পৌঁছানোর তারিখ	DATE DEPARTED প্রস্থানের তারিখ
8.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: অনুগ্রহ করে আগামী 6 মাসে আপনার ভবিষ্যৎ ভ্রমণের পরিকল্পনার বিশদ দিন:			
	COUNTRY দেশ	CITY শহর	Proposed date of Travel ভ্রমণের প্রস্তাবিত তারিখ	Planned duration of stay থাকার পরিকল্পিত সময়কাল
8.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report আপনাকে বিমানবন্দরে স্ক্রীন্ড করা হলে, অনুগ্রহ করে রিপোর্টের অনুলিপি দিন			

I confirm that the answers I have given are true to the best of my knowledge and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this application.

আমি নিশ্চিত করলাম যে আমি যে উত্তরগুলি দিয়েছি তা আমার বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি এই আবেদনের মূল্যায়ন বা গ্রহণযোগ্যতার উপর প্রভাব ফেলতে পারে এমন কোনো পার্শ্ব তথ্য উহ্য রাখিনি।

I agree that this form will constitute part of my application for insurance(s) and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate my insurance(s) contract.

আমি সম্মত হলাম যে এই ফর্ম বিমা(গুলি)র জন্য আমার আবেদনের অংশ হবে এবং আমার জানা কোনো পার্শ্ব তথ্য প্রকাশে ব্যর্থ হলে আমার বিমা(গুলি)র চুক্তি অবৈধ হয়ে যেতে পারে।

Date: _____

তারিখ:

Place: _____

স্থান:

Signature of Life Assured
বিমাকৃত ব্যক্তির স্বাক্ষর