

COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire

COVID-19 (कोरोनावायरस) संपर्क प्रश्नावली

(To be filled by Life Assured only)

(केवल जीवन बीमित द्वारा भरा जाए)

Name of the Life insured: _____ Proposal/Policy No: _____

जीवन बीमित व्यक्ति का नाम: _____ प्रस्ताव/पॉलिसी संख्या: _____

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

कृपया अधिकाधिक संभव विवरणों के साथ निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:

- | | Yes
हाँ | No
नहीं |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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.
क्या आप, या आपके परिवार का कोई निकट सदस्य/सह-निवासी किसी ऐसे व्यक्ति के साथ निकट संपर्क में रहा है जिसे क्वारंटीन किया गया है या जिनमें नोवेल कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19) पाया गया है? अगर हाँ, तो कृपया विवरण दें। | <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.
क्या आप या आपके परिवार के किसी सदस्य/सह निवासी को दिनांक 1.1.2020 से अब तक कभी नोवेल कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19) से संभावित संपर्क के कारण क्वारंटीन/निगरानी में/होम आइसोलेशन में रखा गया है। | <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)?
क्या आप या आपके परिवार के किसी सदस्य/सह निवासी को विगत 2 महीनों के दौरान नोवेल कोरोनावायरस (SARS- CoV-2/COVID-19) का पता लगाने हेतु जांच कराने का परामर्श दिया गया है श्वसन लक्षणों के लिए निदान पाया गया है या अस्पताल में निगरानी या उपचार के लिए भर्ती किया गया है? या, क्या आप नोवेल कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19) के लिए, पहले जमा किए जा चुके परीक्षण के परिणाम की प्रतीक्षा कर रहे हैं? | <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
क्या COVID-19 के लिए आपका परीक्षण किया गया है? यदि हाँ, तो कृपया अब तक की सभी रिपोर्ट प्रदान करें | <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.
क्या आपमें कभी नोवेल कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19) का परीक्षण पॉजिटिव पाया गया है? यदि हाँ, तो पॉजिटिव जांच की तारीख और अब तक की उसकी रिपोर्टें प्रदान करें। | <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.
क्या आप/आपके परिवार/सहनिवासियों को बुखार, खांसी, जुकाम, सांस उखड़ना, मैलाइज़ (फ्लू जैसी थकावट), राइनोरिया (नाक से म्यूकस निकलना), गले में खराश, गैस्ट्रो - इंटेस्टाइनल लक्षणों, जैसे कि मतली, वमन और/या डायरिया के किसी लक्षण का अनुभव हुआ है।
यदि हाँ, तो उस व्यक्ति (आप/आपके परिवार के सदस्य) के विवरण प्रदान करें जिसने इनका अनुभव किया हो और पूरी जानकारी प्रदान करें। | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Are you currently in good health?
क्या इस समय आपका स्वास्थ्य ठीक है? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

यदि उक्त में से किसी प्रश्न का उत्तर "हाँ" में हो, तो कृपया निम्न विवरण प्रदान करें

8	Travel Declaration यात्रा संबंधी घोषणा			
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): कृपया पिछले 5 महीनों के दौरान अपने यात्रा पैटर्न प्रदान करें (कृपया निम्न तारीखों में प्रवेश और निकास को दर्शाने वाले, जीवन बीमित के पासपोर्ट के सभी पन्नों की कॉपी प्रदान करें):			
	COUNTRY देश	CITY शहर	DATE ARRIVED आगमन की तारीख	DATE DEPARTED प्रस्थान की तारीख
8.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: कृपया अगले 6 महीनों के दौरान अपनी भविष्य की अपेक्षित यात्रा योजनाओं के बारे में विस्तार से बताएं:			
	COUNTRY देश	CITY शहर	Proposed date of Travel यात्रा की प्रस्तावित तिथि	Planned duration of stay ठहराव की नियत अवधि
8.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report यदि आपको हवाई अड्डे पर स्कैन किया गया है, तो कृपया रिपोर्ट की कॉपी प्रदान करें			

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.

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उत्तर मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सही हैं और मैंने किसी यथार्थ जानकारी को छिपाया नहीं है जो इस आवेदन के मूल्यांकन या स्वीकृति को प्रभावित कर सकती हो।

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.

मैं सहमत हूँ कि यह फॉर्म, बीमा के लिए मेरे आवेदन का भाग है, और यह कि मुझे ज्ञात किसी वास्तविक तथ्य को प्रकट करने में मेरी विफलता, मेरे बीमा अनुबंध को अमान्य कर सकती है।

Date: _____

तारीख:

Place: _____

स्थान:

Signature of Life Assured

जीवन बीमित के हस्ताक्षर