

## COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire for Health Care Professionals

### COVID-19 (कोरोनावायरस) स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों के लिए 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<br>हाँ               | No<br>नहीं               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Occupation : _____<br>व्यवसाय   |                          |                          |
| 2. Medical Speciality (if applicable): _____<br>चिकित्सकीय विशेषज्ञता (यदि लागू हो):   |                          |                          |
| 3. Exact nature of duties (including procedural or non-procedural duties): _____<br>कार्य की विशिष्ट प्रकृति (प्रक्रियात्मक या गैर-प्रक्रियात्मक कर्तव्यों सहित):  |                          |                          |
| 4. Name and address of health care facility or facilities in which you work: _____<br>स्वास्थ्य देखभाल इकाई या इकाइयों का नाम और पता जहां आप काम करते हैं:   |                          |                          |
| 5. Name of the health authority under which you are registered: _____<br>स्वास्थ्य प्राधिकारी का नाम, जिसके अंतर्गत आप पंजीकृत हैं:  |                          |                          |
| 6. Does your health care facility have sufficient personal protective equipment (PPE) to provide to its work force<br>क्या आपकी स्वास्थ्य देखभाल इकाई पर उनके कर्मचारियों को प्रदान करने के लिए पर्याप्त व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (PPE) हैं   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you been or do your work duties involve 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 including nature of work for patients with novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19).<br>क्या आप अपने कर्तव्य निर्वाह के दौरान किसी ऐसे व्यक्ति के साथ निकट संपर्क में रहे हैं या रहते हैं, जिसे क्वारंटीन किया गया हो या जिसमें नोबेल कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19) का निदान पाया गया हो? अगर हां, तो कृपया नोबेल कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19) वाले रोगियों हेतु कार्य की प्रकृति सहित विवरण प्रदान करें।  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Have you ever been on voluntary leave, or placed on compulsory leave of absence/sick leave, due to a possible exposure to novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? If yes, please provide relevant dates and details<br>(1 Health care Workers shall mean all registered health care professionals (doctors, nurses, allied health professionals including physiotherapists, pharmacists, phlebotomists etc.) involved in direct patient care)<br>क्या आप कभी नोबेल कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19) से संभावित संपर्क के कारण कभी ऐच्छिक रूप से अवकाश पर रहे हैं, या अनिवार्य अनुपस्थिति अवकाश/बीमारी अवकाश लिया है? यदि हां, तो कृपया उपयुक्त तारीखें और विवरण प्रदान करें।<br>(1 स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारी का अर्थ सभी रजिस्टर्ड स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर (डॉक्टर, नर्स, फिजियोथेरेपिस्ट, फार्मासिस्ट, फ्लेबोटोमिस्ट आदि सहित सहायक स्वास्थ्य पेशेवर) से है जो रोगियों की प्रत्यक्ष देखभाल से जुड़े हैं) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Have you ever tested positive for, or are you awaiting the test results of novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? If yes, please provide relevant dates and details, including the results of any test(s) where known.<br>क्या आपमें कभी नोबेल कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19) के लिए परीक्षण पाजिटिव पाया गया है, या क्या आप इसके परीक्षण के परिणाम की प्रतीक्षा कर रहे हैं? यदि हां, तो कृपया किन्हीं परीक्षण(णों) के परिणामों सहित, जहां ज्ञात हो, संबंधित तारीखें और विवरण प्रदान करें।   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Have you experienced any of the following symptoms within the last 14 days?<br>Any fever, cough, shortness of breath, malaise (flu-like tiredness, rhinorrhoea (mucous discharge from the nose), sore throat, gastro-intestinal symptoms such as nausea, vomiting and/or diarrhoea<br>(If yes, to any of these, please indicate which and provide full information).<br>क्या पिछले 14 दिनों के अंदर आपने निम्न में से किसी लक्षण का अनुभव किया है?<br>कोई बुखार, खांसी, सांस उखड़ना, मैलाइज़ (फ्लू जैसी थकावट), राइनोरिया (नाक से म्यूकस निकलना), गले में खराश, गैस्ट्रो-इंटेस्टाइनल लक्षणों, जैसे कि मतली, वमन और/या डायरिया<br>(यदि इनमें से किसी का उत्तर हां में है, तो कृपया उसके बारे में इंगित करें और पूरी जानकारी दें।  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Are you currently in good health and actively at work?<br>क्या वर्तमान में आपका स्वास्थ्य ठीक है और सक्रिय रूप से काम पर हैं?  | <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

12	<b>Travel Declaration</b> <b>यात्रा संबंधी घोषणा</b>			
12.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):			
	<b>COUNTRY</b> देश	<b>CITY</b> शहर	<b>DATE ARRIVED</b> आगमन की तारीख	<b>DATE DEPARTED</b> प्रस्थान की तारीख
12.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:			
	<b>COUNTRY</b> देश	<b>CITY</b> शहर	<b>Proposed date of Travel</b> यात्रा की प्रस्तावित तिथि	<b>Planned duration of stay</b> ठहराव की नियत अवधि
12.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