

## COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire

### COVID-19 (କରୋନା ଭାଇରସ) ସଂସର୍ଗ ପ୍ରଶ୍ନାବଳି

(To be filled by Life Assured only)  
(କେବଳ ଜୀବନ ଆଶୁସ୍ଥଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ ହେବା ପାଇଁ)

Name of the Life insured: \_\_\_\_\_ Proposal/Policy No: \_\_\_\_\_  
ଜୀବନ ବୀମାକୃତଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_ ପ୍ରପୋଜାଲ୍/ପଲିସି ନଂ: \_\_\_\_\_

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

ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସୂଚନାଗୁଡ଼ିକ ଯେତେ ସମ୍ଭବ ଅଧିକ ବିଶଦ ଭାବରେ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

- |  | Yes<br>ହଁ                | No<br>ନା                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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.<br>ଆପଣ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ନିକଟତମ ପରିବାର ସଦସ୍ୟ/ସହ-ବାସିନ୍ଦାମାନେ ଏପରି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସଂସର୍ଗରେ ଆସିଛନ୍ତି ଯିଏ ସଂଗରୋଧରେ ରହିଥିଲେ କିମ୍ବା ଯିଏ ନୋଭେଲ୍ କରୋନା ଭାଇରସ୍ (SARS-CoV-2/COVID-19) ଚିହ୍ନଟ ହୋଇଥିଲେ? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।   | <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.<br>ଆପଣ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ପରିବାର ସଦସ୍ୟ/ସହବାସିନ୍ଦା 1.1.2020 ଠାରୁ ଆଜି ଚାରିଖ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ କେବେ ନୋଭେଲ୍ କରୋନା ଭାଇରସ୍ (SARS-CoV-2/ COVID-19)ର ଏକ ସମ୍ଭାବ୍ୟ ସଂସର୍ଗ କାରଣରୁ ସଂଗରୋଧରେ ରହିଛନ୍ତି/ ନିରୀକ୍ଷଣ ଅଧିନରେ ରଖାଯାଇଛନ୍ତି ।  | <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)?<br>ଆପଣ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ପରିବାର/ସହ-ବାସିନ୍ଦା ଗତ 2 ମାସରେ ନୋଭେଲ୍ କରୋନା ଭାଇରସ୍ (SARS-CoV-2/COVID-19) ନିମନ୍ତେ ଶ୍ୱାସକ୍ରିୟା ଲକ୍ଷଣ ପାଇଁ ଏକ ନିଦାନ ପରୀକ୍ଷାରେ ସାମିଲ୍ ହେବା ପାଇଁ ବା ନ ହେବା ପାଇଁ ପରାମର୍ଶ ପାଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଅବଲୋକନ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ ହସ୍ପିଟାଲରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି? କିମ୍ବା ଆପଣ ଗୋଟିଏ ପରୀକ୍ଷା ପରିଣାମକୁ ଅପେକ୍ଷା କରିଛନ୍ତି ଯାହାକି ବର୍ତ୍ତମାନ ସୁଦ୍ଧା ନୋଭେଲ୍ କରୋନା ଭାଇରସ୍ (SARS-CoV-2/COVID-19) ନିମନ୍ତେ ଦାଖଲ ହୋଇଛି?                      | <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<br>ଆପଣଙ୍କୁ COVID-19 ନିମନ୍ତେ ପରୀକ୍ଷା କରାଯାଇଛି? ,ଯଦି ହଁ, ଆଜି ଚାରିଖ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଏହାର ସମସ୍ତ ରିପୋର୍ଟ ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ  | <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.<br>ଆପଣ ନୋଭେଲ୍ କରୋନା ଭାଇରସ୍ (SARS-CoV-2/COVID-19) ପାଇଁ କେବେ ପଜିଟିଭ୍ ପରୀକ୍ଷିତ ହୋଇଥିଲେ? ଯଦି ହଁ, ପଜିଟିଭ୍ ଚିହ୍ନଟ ହେବାର ତାରିଖ ଏବଂ ସମ୍ପର୍କରେ ଆଜି ଚାରିଖ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ରିପୋର୍ଟଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।  | <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.<br>ଆପଣ/ ଆପଣଙ୍କ ପରିବାର/ ସହ-ବାସିନ୍ଦା ଜ୍ୱର, କାଶ, ଥଣ୍ଡା, ଅଶନିଶ୍ୱାସୀ ଲାଗିବା, କ୍ଳାନ୍ତି (ଫ୍ଲୁ-ପରି କ୍ଳାନ୍ତି), ରିନୋରିଆ (ନାକରୁ ଶ୍ଳେଷ୍ମା ନିର୍ଗତ ହେବା), ଚର୍ବ୍ଦି ଦରଜ ହେବା, ବାନ୍ତି ଲାଗିବା, ବାନ୍ତି ହେବା ଏବଂ/ କିମ୍ବା ହଜିଜା ପରି ପାକ - ବୃହଦାନ୍ତ ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ଅନୁଭବ କରିଛନ୍ତି କି । ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଏସବୁ ଅଭିଜ୍ଞତା କରିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି (ଆପଣ/ ଆପଣଙ୍କ ପରିବାର ସଦସ୍ୟମାନେ)ଙ୍କ ବିବରଣୀ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ । | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Are you currently in good health?<br>ଆପଣଙ୍କ ବର୍ତ୍ତମାନ ସ୍ୱସ୍ଥାସ୍ଥ୍ୟରେ ଅଛନ୍ତି?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

ଯଦି ଉପରୋକ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସିଟିର ଉତ୍ତର "ହଁ" ଭାବରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥାଏ ତେବେ ଦୟାକରି ନିମ୍ନୋକ୍ତ ବିବରଣୀଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

8	Travel Declaration ଭ୍ରମଣ ଘୋଷଣାନାମା			
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): ଦୟାକରି ଗତ 5 ମାସରେ ଆପଣଙ୍କ ଭ୍ରମଣ ଶୈଳୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ (ଦୟାକରି ଜୀବନ ଆଶ୍ୱସ୍ତକ ପାସପୋର୍ଟର ପ୍ରତ୍ୟେକ ପୃଷ୍ଠାର ନକଲ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଯାହା ନିମ୍ନ ଭ୍ରମଣ ତାରିଖଗୁଡ଼ିକରେ ପ୍ରବେଶ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ଥାନ ପ୍ରଦର୍ଶନ କରୁଛି):			
	<b>COUNTRY</b> ଦେଶ	<b>CITY</b> ସହର	<b>DATE ARRIVED</b> ପହଞ୍ଚିବାର ତାରିଖ	<b>DATE DEPARTED</b> ପ୍ରସ୍ଥାନର ତାରିଖ
8.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: ଦୟାକରି ପରବର୍ତ୍ତୀ 6 ମାସ ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କର ସମ୍ଭାବ୍ୟ ଭବିଷ୍ୟତ ଭ୍ରମଣ ଯୋଜନାଗୁଡ଼ିକର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:			
	<b>COUNTRY</b> ଦେଶ	<b>CITY</b> ସହର	<b>Proposed date of Travel</b> ଭ୍ରମଣ କରିବାର ପ୍ରସ୍ତାବିତ ତାରିଖ	<b>Planned duration of stay</b> ରହଣୀର ଯୋଜନାକୃତ ଅବଧି
8.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ବିମାନବନ୍ଦରରେ ସ୍କିନିଂ କରାଯାଇଛି, ଦୟାକରି ଏହି ରିପୋର୍ଟର ଏକ ନକଲ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ			

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.

ମୁଁ ନିଶ୍ଚିତ କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ପ୍ରଦାନ କରିଥିବା ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ମୋ ଜାଣତରେ ସର୍ବୋତ୍ତମ ଭାବରେ ଠିକ୍ ଏବଂ ଏହା ଯେ ଏହି ଆବେଦନର ଆକଳନ କିମ୍ବା ଗ୍ରହଣୀୟତାକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରିବାର ସମ୍ଭାବନା ଥିବା କୌଣସି ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ମୁଁ ପ୍ରତ୍ୟାହାର କରିନାହିଁ ।

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.

ମୁଁ ସହମତ ଯେ ଏହି ଫର୍ମ ବୀମା(ଗୁଡ଼ିକ) ନିମନ୍ତେ ମୋର ଆବେଦନର ଏକ ଅଂଶ ଗଠନ କରିବ ଏବଂ ଏହା ଯେ ମୋତେ ଜଣାଥିବା କୌଣସି ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ତଥ୍ୟ ପ୍ରକାଶ କରିବାରେ ଅସଫଳତା ମୋର ବୀମା(ଗୁଡ଼ିକ) ଚୁକ୍ତିନାମାକୁ ରଦ୍ଦ କରିଦେଇପାରିବ ।

Date: \_\_\_\_\_

ତାରିଖ:

Place: \_\_\_\_\_

ସ୍ଥାନ:

\_\_\_\_\_  
Signature of Life Assured  
ଜୀବନ ଆଶ୍ୱସ୍ତକ ସ୍ୱାକ୍ଷର