

COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire

COVID-19 (கொரோனா வைரஸ்) கேள்வித்தாள் வெளியிடல்

(To be filled by Life Assured only)

(ஆயுள் காப்பீடு செய்யப்பட்டவர்களால் மட்டுமே நிரப்பப்பட வேண்டும்)

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

ஆயுள் காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் பெயர்:

ப்ரபோசல்/பாலிசி எண்:

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

தயவுசெய்து பின்வரும் தகவல்களை முடிந்தவரை அதிக விவரங்களுடன் வழங்கவும்:

- | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | ஆம் | இல்லை |
| 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.
யார் ஒருவர் தனிமைப்படுத்தப்பட்டு அல்லது நாவல் கொரோனா வைரஸ் (SARS-CoV-2/COVID-19) என்று கண்டறியப்பட்டவர்களுடன் நீங்கள் அல்லது உங்கள் குடும்ப உறுப்பினர்கள்/உடன் வசிப்பவர்களுடன் உடனடி தொடர்பில் இருந்திருக்கிறீர்களா? ஆம் எனில், தயவுசெய்து தகவல்களை வழங்கவும் | <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.
தேதி 1.1.2020 முதல் இன்றைய நாள் வரை நீங்கள் அல்லது உங்கள் குடும்ப உறுப்பினர்கள்/சக நண்பர்கள் ஆகியோரால் நாவல் கொரோனா வைரஸ் (SARS-CoV-2/COVID-19) வெளிப்பாடு காரணமாக தனிமைப்படுத்தல்/வீட்டிலேயே தனிமைப்படுத்தப்பட்டிருக்கிறீர்களா? | <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)?
கடந்த 2 மாதங்களில் நாவல் கொரோனா வைரஸ் (SARS- CoV-2/COVID-19) இன் சுவாசக் கோளாறுகளுக்கான அறிகுறிகளை நீங்கள் அல்லது உங்கள் குடும்பம்/ உடன் வசிப்பவர்கள் விதிகளின்படி அல்லது விதிகள் அல்லாத பரிசோதனைக்காக, ஒரு மருத்துவமனையில் பராமரிப்புக்காகவும் அல்லது சிகிச்சைக்காகவும் அறிவுறுத்தப்பட்டிருக்கிறீர்களா? அல்லது, நாவல் கொரோனா வைரஸுக்கான(SARS-CoV-2/COVID-19) ஏற்கனவே சமர்ப்பிக்கப்பட்ட சோதனையின் முடிவுக்காக காத்திருக்கிறீர்களா? | <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
நீங்கள் COVID-19-க்காக பரிசோதனை செய்யப்பட்டிருக்கிறீர்களா?, ஆம் எனில், தயவுசெய்து இன்றுவரை உள்ள அனைத்து அறிக்கைகளையும் வழங்கவும் | <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.
நீங்கள் எப்போதாவது நாவல் கொரோனா வைரஸுக்கான (SARS-CoV-2/COVID-19) பாசிட்டிவ் பரிசோதனை செய்திருக்கிறீர்களா? ஆம் எனில், அதே தேதி வரை உள்ள நோயறிதலுக்கான பாசிட்டிவ் டெஸ்ட் மற்றும் அறிக்கைகளை வழங்கவும். | <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.
நீங்கள் அல்லது உங்கள் குடும்பம்/உடன் வசிப்பவர்கள் ஆகியோர் காய்ச்சல், இருமல், சளி, மூச்சுத்திணறல், உடல்நலக் குறைவு (ஃப்ளூ- போன்ற சோர்வு) ரினோரோயா (மூக்கிலிருந்து சளி வெளியேறுதல்), தொண்டைப்புண், கேஸ்ட்ரோ-இண்டெஸ்டினல் அதாவது குமட்டல், வாந்தி மற்றும் அல்லது உயரியா போன்ற அறிகுறிகளை அனுபவித்தீர்களா.
ஆம் எனில், யார் இந்த அறிகுறிகளால் பாதிக்கப்பட்டவர் என்பதை குறிப்பிட்டு (நீங்கள்/உங்கள் குடும்ப உறுப்பினர்கள்) மற்றும் அனைத்து தகவல்களையும் வழங்கவும். | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Are you currently in good health?
நீங்கள் இப்போது நல்ல ஆரோக்கியத்துடன் இருக்கிறீர்களா? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

மேலே உள்ள ஏதேனும் கேள்விக்கு "ஆம்" என்று பதிலளிக்கப்பட்டால் கீழே உள்ள விவரங்களை வழங்கவும்

8	Travel Declaration பயணத்திற்கான அறிவிப்பு			
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): கடந்த 5 மாதங்களில் உங்கள் பயணம் பற்றிய முறைகளை வழங்கவும் (தயவுசெய்து பயண தேதிகளின் நுழைவு மற்றும் வெளியேறலைக் காட்டும் ஆயுள் பாஸ்போர்ட்டின் அனைத்து பக்கங்களின் நகலையும் வழங்கவும்):			
	COUNTRY நாடு	CITY நகரம்	DATE ARRIVED வருகை தேதி	DATE DEPARTED புறப்பட்ட தேதி
8.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: அடுத்த 6 மாதங்களுக்கான உங்களின் எதிர்கால பயணத் திட்டங்களை தயவுசெய்து விவரிக்கவும்:			
	COUNTRY நாடு	CITY நகரம்	Proposed date of Travel பயணத்திற்கான முன்கூட்டிய தேதி	Planned duration of stay தங்குவதற்காக திட்டமிடப்பட்ட காலம்
8.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report. ஏர்போர்ட்டில் நீங்கள் பரிசோதனை செய்யப்பட்டிருந்தால், தயவுசெய்து அந்த ரிப்போர்ட்டின் நகலை வழங்கவும்.			

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.

நான் அளித்த பதில்கள் என் அறிவுக்கு தக்கபடி சிற்றந்தவை என்றும் உண்மை என்றும் உறுதியளிக்கிறேன் மற்றும் இந்த பயன்பாட்டின் மதிப்பீடு அல்லது ஏற்றுக் கொள்வதை பாதிக்கும் எந்த பொருள் பற்றிய தகவலையும் நான் என்னிடம் வைத்திருக்கவில்லை.

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.

காப்பீடு(கள்)க்கான எனது விண்ணப்பத்தின் ஒரு பகுதியாக இந்தப் படிவம் இருக்கும் என்பதையும் மற்றும் எனக்குத் தெரிந்த எந்தவொரு பொருள் பற்றிய உண்மையையும் வெளியிடத் தவறும்போது என்னுடைய காப்பீடு(கள்)க்கான ஒப்பந்தம் செல்லாது என்பதை நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

Date: _____

தேதி:

Place: _____

இடம்:

Signature of Life Assured
ஆயுள் காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் கையொப்பம்