

COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire

COVID-19 (ಕೊರೊನಾವೈರಸ್) ಒಡ್ಡುವಿಕೆ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ

(To be filled by Life Assured only)
(ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾತ್ರ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು)

Name of the Life insured: _____ Proposal/Policy No: _____
ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು: _____ ಪ್ರಸ್ತಾಪ /ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

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

ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ ಒದಗಿಸಿ:

- | | Yes
ಹೌದು ಇಲ್ಲ | No
ಇಲ್ಲ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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.
ನೀವು, ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಹತ್ತಿರದ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು / ಸಹನಿವಾಸಿಗಳು ಕ್ವಾರಂಟೈನ್ ಆದವರೊಂದಿಗೆ ಅಥವಾ ನಾವೆಲ್ ಕೋನಾವೈರಸ್ (SARS-CoV-2 / COVID-19) ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಿದ ಯಾರೊಂದಿಗಾದರೂ ನಿಕಟ ಸಂಪರ್ಕದಲ್ಲಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ | <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 ರಿಂದ ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ನಾವೆಲ್ ಕೋನಾವೈರಸ್ (SARS-CoV-2 / COVID-19) ನ ಸಂಭಾವ ಒಡ್ಡುವಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು / ಸಹನಿವಾಸಿಗಳನ್ನು ಎಂದಾದರೂ ಕ್ವಾರಂಟೈನ್ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ / ಅಭ್ಯರ್ಷಣೆ/ಔಷಧಿ ಇರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ / ಹೋಮ್ ಐಸೋಲೇಷನ್‌ನಲ್ಲಿ ಇರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ. | <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)?
ನಾವೆಲ್ ಕೋನಾವೈರಸ್ (SARS- CoV-2/COVID-19)ನ ಉಸಿರಾಟದ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳಿಗಾಗಿ ಕಳೆದ 2 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ಅಭ್ಯರ್ಷಣೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ರೂಲ್ ಇನ್, ಅಥವಾ ರೂಲ್ ಔಟ್ ಮಾಡಲು ನಿಮಗೆ ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬವರಿಗೆ / ಸಹನಿವಾಸಿಗಳಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ? ಅಥವಾ, ನಾವೆಲ್ ಕೋನಾವೈರಸ್ (SARS-CoV-2 / COVID-19) ಗಾಗಿ ಈಗಾಗಲೇ ಸಲ್ಲಿಸಲಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಕಾಯುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? | <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
COVID-19 ಗಾಗಿ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ? ,ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಎಲ್ಲಾ ವರದಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ | <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.
ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ನಾವೆಲ್ ಕೋನಾವೈರಸ್ (SARS-CoV-2 / COVID-19) ನ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಸಿಟೀವ್ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ಪಾಸಿಟೀವ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ಅದರ ವರದಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ. | <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.
ನೀವು/ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ/ಸಹನಿವಾಸಿಗಳು ಜ್ವರ, ಕಮ್ಮು, ಶೀತ, ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ, ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ (ಜ್ವರದಂತಹ ದಣಿವು), ರೈನೋರೋಹಿಯಾ (ಮೂಗಿನಿಂದ ಲೋಳೆಯ ವಿಸರ್ಜನೆ), ನೋಯುತ್ತಿರುವ ಗಂಟಲು, ವಾಕರಿಕೆ, ವಾಂತಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಅತಿಸಾರ ಲಕ್ಷಣಗಳಂತಹ ಜರಳಗರುಳಿನ ಯಾವುದೇ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ.
ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ಇವುಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ (ನೀವು / ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು) ವಿವರಗಳನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿ. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Are you currently in good health?
ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿದ್ದೀರಾ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

ಮೇಲಿನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ "ಹೌದು" ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ

8	Travel Declaration ಪ್ರಯಾಣ ಘೋಷಣೆ			
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): ದಯವಿಟ್ಟು ಕಳೆದ 5 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಯಾಣದ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ (ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರಯಾಣದ ದಿನಾಂಕಗಳ ಪ್ರವೇಶ ಮತ್ತು ನಿರ್ಗಮನವನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್‌ನ ಎಲ್ಲಾ ಪುಟಗಳ ನಕಲನ್ನು ಒದಗಿಸಿ):			
	COUNTRY ದೇಶ	CITY ನಗರ	DATE ARRIVED ಆಗಮಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ	DATE DEPARTED ನಿರ್ಗಮಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ
8.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: ಮುಂದಿನ 6 ತಿಂಗಳುಗಳ ನಿಮ್ಮ ಭವಿಷ್ಯದ ಪ್ರಯಾಣದ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಿಸಿ:			
	COUNTRY ದೇಶ	CITY ನಗರ	Proposed date of Travel ಪ್ರಯಾಣದ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ದಿನಾಂಕ	Planned duration of stay ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಯೋಜಿತ ಅವಧಿ
8.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report ನಿಮ್ಮನ್ನು ವಿಮಾನ ನಿಲ್ದಾಣದಲ್ಲಿ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್‌ಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವರದಿಯ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿ			

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.

ನಾನು ನೀಡಿದ ಉತ್ತರಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಈ ಅರ್ಜಿಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಅಥವಾ ಸ್ವೀಕಾರದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಸ್ತು ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಾನು ತಡೆಹಿಡಿದಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ.

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.

ಈ ನಮೂನೆಯು ವಿಮೆ (ಗಳ) ಗಾಗಿ ನನ್ನ ಅರ್ಜಿಯ ಭಾಗವಾಗಲಿದೆ ಮತ್ತು ನನಗೆ ತಿಳಿದಿರುವ ಯಾವುದೇ ವಸ್ತು ಸಂಗತಿಯನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾದರೆ ನನ್ನ ವಿಮೆ (ಗಳ) ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಅಮಾನ್ಯಗೊಳಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

Date: _____

ದಿನಾಂಕ:

Place: _____

ಸ್ಥಳ:

Signature of Life Assured

ಜೀವವಿಮಾದಾರರ ಸಹಿ