

COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire

COVID-19 (കൊറോണ വൈറസ്) എക്സ്പോഷർ ചോദ്യാവലി

(To be filled by Life Assured only)
(ലൈഫ് അഷ്യേർഡ് മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിന്)

Name of the Life insured: _____ Proposal/Policy No: _____
 ലൈഫ് ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ പേര് പ്രൊപോസൽ/പോളിസി നമ്പർ

Please provide the following information with as much details as possible:
ദയവായി ഇനിപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾക്ക് കഴിയുന്നത്ര വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക:

- | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | അതെ | അല്ല |
| 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.
ക്വാറന്റൈൻ ചെയ്തവരോടോപ്പമോ നോവൽ കൊറോണ വൈറസ് (SARS-CoV-2/COVID-19) രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയവരോടോപ്പമോ നിങ്ങളോടോ, അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ അടുത്ത കുടുംബാംഗങ്ങൾ / സഹവാസികൾ ആരെങ്കിലും അടുത്ത ബന്ധം പുലർത്തിയിട്ടുണ്ടോ ഉണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക. | <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 മുതൽ ഇന്നുവരെ നോവൽ കൊറോണ വൈറസ് (SARS-CoV-2 / COVID-19) ബാധിച്ചേക്കാമെന്നതിനാൽ നിങ്ങളെയോ നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗങ്ങളെയോ സഹവാസികളെയോ എപ്പോഴെങ്കിലും ക്വാറന്റൈൻ / നിരീക്ഷണത്തിലാക്കിയിട്ടുണ്ടോ? | <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)?
കഴിഞ്ഞ 2 മാസത്തിനുള്ളിൽ നിങ്ങളെയോ നിങ്ങളുടെ കുടുംബത്തെയോ / സഹവാസികളെയോ രോഗനിർണ്ണയം നടത്തുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ നിരീക്ഷണത്തിനായോ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുകയോ അല്ലെങ്കിൽ നോവൽ കൊറോണ വൈറസ് (SARS- CoV-2 / COVID-19) ന്റെ ശ്വാസന ലക്ഷണങ്ങളുടെ ചികിത്സയ്ക്കായി ടെസ്റ്റ് നടത്താൻ നിർദ്ദേശിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?? അല്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങൾ നോവൽ കൊറോണ വൈറസിനായി (SARS-CoV-2 / COVID-19) ഇതിനകം സമർപ്പിച്ച ഒരു പരിശോധനയുടെ ഫലം കാത്തിരിക്കുകയാണോ? | <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
നിങ്ങൾ COVID-19 പരിശോധനക്ക് വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ? , ഉണ്ടെങ്കിൽ, ഇതുവരെയുള്ള എല്ലാ റിപ്പോർട്ടുകളും ദയവായി നൽകുക | <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.
നോവൽ കൊറോണ വൈറസ് (SARS-CoV-2 / COVID-19) ടെസ്റ്റിൽ നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും പോസിറ്റീവ് ആയിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ, പോസിറ്റീവ് ആയ തീയതിയും ഇന്നുവരെയുള്ള രോഗനിർണ്ണയ റിപ്പോർട്ടുകളും നൽകുക. | <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.
നിങ്ങൾ / നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾ / സഹവാസികൾ എനിവർ പനി, ചുമ, ജലദോഷം, ശ്വാസം മുട്ടൽ, മലൈസെ (ഫ്ലൂ പോലുള്ള ക്ഷീണം), റിനോറോഹിയ (മുക്കിൽ നിന്ന് കഫം പുറന്തള്ളൽ), തൊണ്ടവേദന, ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ വയറിളക്കം പോലുള്ള ഉദര രോഗ ലക്ഷണങ്ങൾ അനുഭവിച്ചിട്ടുണ്ടോ അതെ എങ്കിൽ, ഇവ അനുഭവിച്ച വ്യക്തിയുടെ (നിങ്ങൾ / നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾ) വിശദാംശങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കി പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Are you currently in good health?
നിങ്ങൾ നിലവിൽ ആരോഗ്യവാനാണോ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please provide the details below if any of above question is answered as “Yes”
മുകളിലുള്ള ഏതെങ്കിലും ചോദ്യത്തിന് "അതെ" എന്നാണ് ഉത്തരം എങ്കിൽ ദയവായി ചുവടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

8	Travel Declaration യാത്രാ പ്രഖ്യാപനം			
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): കഴിഞ്ഞ 5 മാസത്തിനിടെ നിങ്ങൾ നടത്തിയ യാത്രയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക (ലൈഫ് അഷുറഡിൻറെ യാത്രാ തീയതികളുടെ എൻട്രിയും എക്സിറ്റും കാണിക്കുന്ന പാസ്പോർട്ടിൻറെ എല്ലാ പേജുകളുടെയും പകർപ്പ് ദയവായി നൽകുക):			
	COUNTRY രാജ്യം	CITY സിറ്റി	DATE ARRIVED എത്തിയതീയതി	DATE DEPARTED പുറപ്പെട്ട തീയതി
8.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: അടുത്ത 6 മാസത്തേക്ക് നിങ്ങൾ നടത്താൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന യാത്രാ പദ്ധതികൾ ദയവായി വിശദമാക്കുക:			
	COUNTRY രാജ്യം	CITY സിറ്റി	Proposed date of Travel യാത്രയുടെ നിർദ്ദിഷ്ട തീയതി	Planned duration of stay തങ്ങാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന കാലയളവ്
8.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report നിങ്ങളെ വിമാനത്താവളത്തിൽ സ്ക്രീൻ ചെയ്യുകയുണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, റിപ്പോർട്ടിൻറെ പകർപ്പ് നൽകുക			

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.

ഞാൻ നൽകിയ ഉത്തരങ്ങൾ എൻറെ അറിവിൽ ഏറ്റവും ഉത്തമവും ഈ അപേക്ഷയുടെ അവലോകനത്തെയോ സ്വീകാര്യതയെയോ സ്വാധീനിച്ചേക്കാവുന്ന വസ്തുതാ വിവരങ്ങളൊന്നും പിടിച്ചു വെച്ചിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

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.

ഈ ഫോം ഇൻഷുറൻസ് (കൾ) ക്കുള്ള എൻറെ അപേക്ഷയുടെ ഭാഗമാകുമെന്നും എനിക്ക് അറിയാവുന്ന ഏതെങ്കിലും വസ്തുത വെളിപ്പെടുത്താതിരിക്കുന്നത് എൻറെ ഇൻഷുറൻസ് കോൺട്രാക്ടിനെ (കളെ) അസാധുവാക്കുമെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

Date: _____
തീയതി:

Place: _____
സ്ഥലം:

Signature of Life Assured
ലൈഫ് അഷുറഡിൻറെ ഒപ്പ്