

COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire

COVID-19 (कोरोनावायरस)च्या संसर्गाविषयी प्रश्नावली

(To be filled by Life Assured only)
(केवळ जीवन विमाधारकाद्वारे भरण्यात यावे)

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

जीवन विमाधारकाचे नाव: _____ प्रस्ताव/पॉलिसी क्र: _____

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

कृपया शक्य तितक्या अधिक तपशीलांसह खालील माहिती पुरवा:

- | | Yes
होय | No
नाही |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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.
जिला कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19)मुळे वेगळे ठेवण्यात (क्वॉरंटीन करण्यात) आले आहे किंवा जिचे या रोगासह निदान करण्यात आले आहे, अशा कोणत्याही व्यक्तीशी आपला किंवा आपल्या कुटुंबातील जवळच्या सदस्याचा/सह-रहिवाश्याचा जवळून संपर्क आला आहे का? उत्तर होय असल्यास, कृपया तपशील पुरवा. | <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.
नवीन कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19)च्या संभाव्य संसर्गामुळे, आपणास किंवा आपल्या कुटुंबातील सदस्यांना/सह-रहिवाश्यांना 1.1.2020 पासून आतापर्यंत वेगळे ठेवण्यात (क्वॉरंटीन करण्यात) आले आहे/निरिक्षणा खाली/घरात वेगळे ठेवण्यात आले आहे का? | <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)?
नवीन कोरोनावायरस (SARS- CoV-2/COVID-19)साठी श्वसन लक्षणांची उपस्थिती किंवा अनुपस्थिती तपासण्यासाठी, त्यांचे निदान करण्यासाठी किंवा त्यांच्या निरीक्षणासाठी रुग्णालयात दाखल होण्यासाठी चाचणी करून घेण्यास, आपणास किंवा आपल्या कुटुंबातील सदस्यास/सह-रहिवाशांना मागील 2 महिन्यांत सल्ला देण्यात आला आहे का? किंवा आपण अशा चाचणीची प्रतीक्षा करीत आहात की जिला अगोदरच नवीन कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19)साठी सादर केले गेले आहे? | <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
आपण COVID-19ची चाचणी करून घेतली आहे का? उत्तर होय असल्यास, कृपया तिचे आतापर्यंतचे सर्व अहवाल पुरवा | <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.
नवीन कोरोनावायरस (SARS-CoV-2/COVID-19)साठी आपल्यावर करण्यात आलेल्या चाचणीचा कधी सकारात्मक अहवाल आला आहे का? उत्तर होय असल्यास, कृपया सकारात्मक निदानाचा दिनांक आणि त्याचे आजपर्यंतचे सर्व अहवाल पुरवा. | <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.
आपण/आपल्या कुटुंबातील सदस्य/सह-रहिवाशी यांना ताप, खोकला, सर्दी, दम लागणे, अस्वस्थता (फ्लूसारखा थकवा), नासिकाशोथ (नाकातून श्लेष्माचा ह्राव), घसा खवखवणे, जठर व आतड्यां (गॅस्ट्रो-इंटेस्टीनल) विषयी विकाराची कोणतीही लक्षणे जसे की मळमळ, उलट्या आणि/किंवा अतिसार यांचा अनुभव आला आहे का? उत्तर होय असल्यास, अशी लक्षणे अनुभवलेल्या व्यक्ती (आपण/आपल्या कुटुंबातील सदस्य)चा तपशील निर्दिष्ट करा आणि संपूर्ण माहिती पुरवा. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Are you currently in good health?
आपली प्रकृती सध्या चांगली आहे का? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

वरीलपैकी कोणत्याही प्रश्नाचे उत्तर "होय" म्हणून दिले गेले असल्यास, कृपया खाली तपशील पुरवा.

8	Travel Declaration प्रवासाविषयी घोषणा			
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): कृपया मागील 5 महिन्यांतील आपल्या प्रवासाच्या पद्धती (ट्रॅव्हल पॅटर्न्स)ची माहिती द्या (कृपया खालील प्रवासाच्या दिनांकाचे प्रवेश आणि निर्गमन दर्शविणारी जीवन विमाधारकाच्या पासपोर्टची प्रत पुरवा):			
	COUNTRY देश	CITY शहर	DATE ARRIVED आगमन दिनांक	DATE DEPARTED निर्गमन दिनांक
8.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: कृपया पुढील 6 महिन्यांकरिता आपल्या भविष्यातील इच्छित प्रवासाच्या योजनांचा तपशील पुरवा:			
	COUNTRY देश	CITY शहर	Proposed date of Travel प्रवासाचा प्रस्तावित दिनांक	Planned duration of stay मुक्कामाचा नियोजित कालावधी
8.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report आपली विमानतळावर कधी तपासणी (स्क्रीनिंग) केली गेली असल्यास, कृपया अहवालाची प्रत पुरवा.			

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.

मी पुष्टी करतो/करते की मी दिलेली उत्तरे, माझ्या सर्वोत्तम माहितीनुसार सत्य आहेत आणि मी या अर्जाच्या मुल्यांकनावर किंवा स्वीकृतीवर परिणाम करू शकणारी कोणतीही भौतिक माहिती रोखली नाही.

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.

मी या बाबीशी सहमत आहे की हा फॉर्म, माझ्या विम्याच्या/विम्यांच्या अर्जाचा भाग असेल आणि मला माहिती असलेली कोणतीही भौतिक वस्तुस्थिती उघड न करण्यात आल्याच्या प्रकरणात, माझा/माझे विमा/विमे करार रद्द होऊ शकेल/शकतील.

Date: _____

दिनांक:

Place: _____

ठिकाण:

Signature of Life Assured

जीवन विमाधारकाची स्वाक्षरी