

## COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire for Health Care Professionals

### স্বাস্থ্যসেবা পেশাদারদের জন্য COVID-19 (করোনাভাইরাস) এর সংস্পর্শ সংক্রান্ত প্রশ্নাবলী

(To be filled by Life Assured only)  
(কেবলমাত্র বিমাকৃত ব্যক্তি পূরণ করবেন)

Name of the Life insured: \_\_\_\_\_ Proposal/Policy No: \_\_\_\_\_  
বিমাকৃত ব্যক্তির নাম: \_\_\_\_\_ প্রপোজাল/পলিসি নং: \_\_\_\_\_

Please provide the following information with as much details as possible:  
অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য যথাসম্ভব বিশদে দিন:

- |   | Yes<br>হ্যাঁ             | No<br>না                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Occupation : _____<br>পেশা   |                          |                          |
| 2. Medical Speciality (if applicable) : _____<br>মেডিকেল স্পেশ্যালিটি (প্রযোজ্য হলে)  |                          |                          |
| 3. Exact nature of duties (including procedural or non-procedural duties): _____<br>দায়িত্বের সুনির্দিষ্ট প্রকৃতি (প্রসিদ্ধরাল বা নন-প্রসিদ্ধরাল দায়িত্ব সহ)  |                          |                          |
| 4. Name and address of health care facility or facilities in which you work: _____<br>আপনি যে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে বা কেন্দ্রগুলিতে কাজ করেন তার নাম ও ঠিকানা  |                          |                          |
| 5. Name of the health authority under which you are registered: _____<br>আপনি যে স্বাস্থ্য কর্তৃপক্ষের অধীনে নিবন্ধিত তার নাম   |                          |                          |
| 6. Does your health care facility have sufficient personal protective equipment (PPE) to provide to its work force<br>আপনার স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সেখানকার লোকদের জন্য পর্যাপ্ত ব্যক্তিগত সুরক্ষামূলক সরঞ্জাম (PPE) রয়েছে কি   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you been or do your work duties involve 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 including nature of work for patients with novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19).<br>আপনি বা আপনার কর্মসূত্রে এমন কারও ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শে এসেছিলেন কি যাকে কোয়ারেন্টিন করা হয়েছে বা যার নভেল করোনাভাইরাস SARS-CoV-2/COVID-19 ধরা পড়েছে? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নভেল করোনাভাইরাস (SARS-CoV-2/COVID-19) থাকা রোগীদের জন্য কাজের প্রকৃতি সহ বিশদ দিন।   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Have you ever been on voluntary leave, or placed on compulsory leave of absence/sick leave, due to a possible exposure to novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? If yes, please provide relevant dates and details<br>নভেল করোনাভাইরাসের (SARS-CoV-2/COVID-19) সম্ভাব্য সংস্পর্শে আসার কারণে আপনি কি কখনও স্বৈচ্ছায় ছুটিতে বা বাধ্যতামূলক অনুপস্থিতিজনিত/অসুস্থতাজনিত ছুটিতে থেকেছেন? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে সংশ্লিষ্ট তারিখ এবং বিশদ দিন<br>(1 Health care Workers shall mean all registered health care professionals (doctors, nurses, allied health professionals including physiotherapists, pharmacists, phlebotomists etc.) involved in direct patient care)<br>(1 স্বাস্থ্যসেবা কর্মী মানে সরাসরি রোগীর যত্নরত নিবন্ধিত সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা পেশাদারকে (ডাক্তার, নার্স, ফিজিওথেরাপিস্ট, ফার্মাসিস্ট, ফ্লেবোটমিস্ট সহ সহযোগী স্বাস্থ্য পেশাদার) বোঝাবে) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Have you ever tested positive for, or are you awaiting the rest results of novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)?<br>If yes, please provide relevant dates and details, including the results of any test(s) where known.<br>আপনার কি কখনও নভেল করোনাভাইরাস (SARS-CoV-2/COVID-19) ধরা পড়েছে বা আপনি কি এর পরীক্ষার ফলের জন্য অপেক্ষা করছেন?<br>হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে সংশ্লিষ্ট তারিখ এবং বিশদ দিন, জানা গেছে এমন যে কোনও পরীক্ষার ফলাফল সহ।  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Have you experienced any of the following symptoms within the last 14 days?<br>Any fever, cough, shortness of breath, malaise (flu-like tiredness, rhinorrhoea (mucous discharge from the nose), sore throat, gastro-intestinal symptoms such as nausea, vomiting and/or diarrhoea<br>(If yes, to any of these, please indicate which and provide full information.<br>আপনি কি গত 14 দিনে নিম্নলিখিত কোনো উপসর্গ অনুভব করেছেন?<br>কোনও জ্বর, কাশি, ঠাণ্ডা লাগা, শ্বাসকষ্ট, ম্যালেরিজ (জ্বর মত ক্লান্তি, রাইনোরিয়া (নাক থেকে স্লেমা বরা), গলাব্যথা, গ্যাস্ট্রো-ইন্টেস্টিনাল উপসর্গ যেমন বমি ভাব, বমি এবং/অথবা ডায়রিয়ার মত উপসর্গ<br>(কোনোটি হ্যাঁ হলে এগুলির কোনটি, অনুগ্রহ করে তা দর্শন এবং সম্পূর্ণ তথ্য দিন।   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Are you currently in good health and actively at work?<br>আপনার স্বাস্থ্য কি এখন ভাল আর সক্রিয়ভাবে কাজ করছেন?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please provide the details below if any of above question is answered as "Yes"  
উপরের যে কোনো প্রশ্নের উত্তর "হ্যাঁ" হলে অনুগ্রহ করে নিচের বিশদ তথ্য দিন

12	<b>Travel Declaration</b> <b>ভ্রমণ ঘোষণা</b>			
12.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): অনুগ্রহ করে গত 5 মাসে আপনার ভ্রমণের প্যাটার্ন দিন (অনুগ্রহ করে নিচের ভ্রমণের তারিখগুলিতে প্রবেশ ও প্রস্থান দেখিয়ে বিমাকৃত ব্যক্তির পাসপোর্টের সমস্ত পৃষ্ঠার অনুলিপি দিন):			
	<b>COUNTRY</b> দেশ	<b>CITY</b> শহর	<b>DATE ARRIVED</b> পৌঁছানোর তারিখ	<b>DATE DEPARTED</b> প্রস্থানের তারিখ
12.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: অনুগ্রহ করে আগামী 6 মাসে আপনার ভবিষ্যৎ ভ্রমণের পরিকল্পনার বিশদ দিন:			
	<b>COUNTRY</b> দেশ	<b>CITY</b> শহর	<b>Proposed date of Travel</b> ভ্রমণের প্রস্তাবিত তারিখ	<b>Planned duration of stay</b> থাকার পরিকল্পিত সময়কাল
12.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report আপনাকে বিমানবন্দরে স্ক্রীন্ড করা হলে, অনুগ্রহ করে রিপোর্টের অনুলিপি দিন			

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.

আমি নিশ্চিত করলাম যে আমি যে উত্তরগুলি দিয়েছি তা আমার বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি এই আবেদনের মূল্যায়ন বা গ্রহণযোগ্যতার উপর প্রভাব ফেলতে পারে এমন কোনো পার্শ্ব তথ্য উহ্য রাখিনি।

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.

আমি সম্মত হলাম যে এই ফর্ম বিমা(গুলি)র জন্য আমার আবেদনের অংশ হবে এবং আমার জানা কোনো পার্শ্ব তথ্য প্রকাশে ব্যর্থ হলে আমার বিমা(গুলি)র চুক্তি অবৈধ হয়ে যেতে পারে।

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

তারিখ:

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

স্থান:

\_\_\_\_\_  
Signature of Life Assured

বিমাকৃত ব্যক্তির স্বাক্ষর