

COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire for Health Care Professionals આરોગ્ય સંભાળ વ્યવસાયિકો માટે COVID-19 (કોરોનાવાયરસ) સંસર્ગ પ્રશ્નાવલિ

(To be filled by Life Assured only)
(માત્ર જીવન વીમા વાળા ભરાવું જોઈએ)

Name of the Life insured: _____ Proposal/Policy No: _____
જીવન વીમો હોય તેમનું નામ: _____ પ્રપોઝલ/પોલિસી નંબર:

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

કૃપયા નીચેની માહિતી શક્ય એટલી વિગતો સાથે પૂરી પાડો:

- | | Yes
હા | No
ના |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Occupation : _____
રોજગાર | | |
| 2. Medical Speciality (if applicable) : _____
તબિબી નિપૂણતા (જો લાગુ હોય તો): | | |
| 3. Exact nature of duties (including procedural or non-procedural duties): _____
કર્તવ્યની સચોટ પ્રકૃતિ (પ્રક્રિયાગત અથવા બિન-પ્રક્રિયાત્મક ફરજો સહિત): | | |
| 4. Name and address of health care facility or facilities in which you work: _____
આરોગ્ય સંભાળ સુવિધા અથવા સુવિધાઓ જેમાં તમે કામ કરો છો તેનું નામ અને સરનામું: | | |
| 5. Name of the health authority under which you are registered: _____
આરોગ્ય અધિકારીનું નામ કે જેના હેઠળ તમે નોંધાયેલા છો: | | |
| 6. Does your health care facility have sufficient personal protective equipment (PPE) to provide to its work force
શું તમારી આરોગ્ય સંભાળ સુવિધામાં તેના કાર્યબળને પૂરું પાડવા માટે પૂરતા વ્યક્તિગત રક્ષણાત્મક ઉપકરણો (PPE) છે? | <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).
તમે અથવા તમારા કામમાં કોઈપણ કોરોનાવાયરસ હોય અથવા જેમનું કોરોનાવાયરસ (SARS-CoV-2/COVID-19) સાથે નિદાન થયું હોય તેમની સાથે ગાઢ સંપર્ક સંકળાયેલ છે? જો હા, કૃપા કરીને નવલકથા કોરોનાવાયરસ (SARS-CoV-2/COVID-19) વાળા દર્દીઓ માટે કામ કરવાની પ્રકૃતિ સહિતની વિગતો પ્રદાન કરો. | <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
નોવેલ કોરોનાવાયરસ (SARS-CoV-2/COVID-19) ના સંભવિત સંસર્ગને લીધે તમે ક્યારેય સ્વૈચ્છિક રજા પર ગયા છો, અથવા ગેરહાજરી/બીમાર રજાની ફરજિયાત રજા પર મૂક્યા છો? જો હા, કૃપા કરી સંબંધિત તારીખો અને વિગતો પૂરા પાડો
(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)
(1 આરોગ્ય સંભાળ કામદારોનો અર્થ બધા રજીસ્ટર આરોગ્ય સંભાળ વ્યાવસાયિકો હોવા જોઈએ કે જેઓ સીધા દર્દીની સંભાળમાં શામેલ છે (ડોક્ટરો, નર્સો, ફિઝિયોથેરાપિસ્ટ્સ, ફાર્માસિસ્ટ, ફ્લેબોટોમિસ્ટ વગેરે સહિતના આરોગ્યલક્ષી વ્યાવસાયિકો) | <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)?
શું તમે ક્યારેય નોવેલ કોરોનાવાયરસ (SARS-CoV-2/COVID-19) માટે પોઝિટીવ પરિક્ષણ કર્યું છે અથવા તેના પરિણામો માટે રાહ જોઈ રહ્યા છો? જો હા, કૃપા કરી સંબંધિત તારીખ અને માહિતી, કોઈપણ જ્ઞાત પરિક્ષણ(ણો)ના પરિણામ સહિત પૂરા પાડો. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Have you experienced any of the following symptoms within the last 14 days?
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
(If yes, to any of these, please indicate which and provide full information.
તમે છેલ્લાં 14 દિવસોમાં નીચેનામાંથી કોઈ લક્ષણો અનુભવ્યા છે?
કોઈ તાવ, ખાંસી, શરદી, શ્વાસની તકલીફ, મેલાઇઝ (ફ્લુ જેવા થાક), રાયનોર્રોઇઆ (નાકમાંથી લાળનું સાવ), ગળામાં ખારાશ, ગેસ્ટ્રો-આંતરડાના લક્ષણો જેવા લક્ષણો છે: ઉબકા, ઉલટી અને/અથવા ઝાડા
(જો, આમાંથી કોઈપણ હા હોય, તો જણાવો કે કયું અને સંપૂર્ણ માહિતી પૂરી પાડો. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Are you currently in good health and actively at work?

તમારી તબિયત હાલમાં સારી છે?

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

જો ઉપરોક્ત કોઈપણ પ્રશ્નનો જવાબ "હા" હોય તો કૃપયા નીચે વિગતો પૂરી પાડો.

12	Travel Declaration મુસાફરીની ઘોષણા			
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): કૃપા કરીને છેલ્લા 5 મહિનામાં તમારી મુસાફરીની રીત પ્રદાન કરો (કૃપા કરીને જીવનવીમા ધારકના પાસપોર્ટના તમામ પૃષ્ઠોની નકલ પ્રદાન કરો, જેમાં નીચેની મુસાફરીની તારીખની એન્ટ્રી અને બહાર નીકળવાની વિગતો છે)			
	COUNTRY દેશ	CITY શહેર	DATE ARRIVED પહોંચવાની તારીખ	DATE DEPARTED નીકળવાની તારીખ
12.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: કૃપા કરીને આગામી 6 મહિના માટે તમારી ઇચ્છિત ભાવિ પ્રવાસ યોજનાઓની વિગતવાર વિગતો આપો:			
	COUNTRY દેશ	CITY શહેર	Proposed date of Travel પ્રવાસની પ્રસ્તાવિત તારીખ	Planned duration of stay આયોજિત રોકાણનો સમયગાળો
12.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report જો તમારું એરપોર્ટ પર સ્ક્રીન કરવામાં આવ્યું હોય, મહેરબાની કરી રિપોર્ટની કોપી પૂરી પાડો			

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.

હું સુનિશ્ચિત કરું છું કે મેં જે જવાબો આપ્યા છે તે મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મૂજબ સાચા છે અને મેં આ એપ્લિકેશનની આકારણી અથવા સ્વીકૃતિને અસર કરી શકે તેવી કોઈપણ સામગ્રી માહિતીને રોકી નથી.

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.

હું સંમત છું કે આ ફોર્મ વીમા (ઓ) માટેની મારી અરજીનો ભાગ બનશે અને મને જાણતી કોઈપણ સામગ્રી હકીકત જાહેર કરવામાં નિષ્ફળ થવું એ મારો વીમો (ઓ) કરાર અમાન્ય કરી શકે છે.

Date: _____

તારીખ:

Place: _____

સ્થળ:

Signature of Life Assured

જીવનવીમા ધારકની સહી