

## COVID-19 (Coronavirus) Exposure Questionnaire for Health Care Professionals ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರಿಗಾಗಿ 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 No  
ಹೌದು ಇಲ್ಲ

- Occupation : \_\_\_\_\_  
ಉದ್ಯೋಗ
- Medical Speciality (if applicable): \_\_\_\_\_  
ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಶೇಷತೆ (ಅನ್ವಯಿಸಿದರೆ)
- Exact nature of duties (including procedural or non-procedural duties): \_\_\_\_\_  
ಕರ್ತವ್ಯದ ನಿಖರ ಸ್ವರೂಪ (ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನೇತರ ಕರ್ತವ್ಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ)
- Name and address of health care facility or facilities in which you work: \_\_\_\_\_  
ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಅಥವಾ ನೀವು ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ
- Name of the health authority under which you are registered: \_\_\_\_\_  
ನೀವು ನೋಂದಾಯಿಸಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಹೆಸರು
- Does your health care facility have sufficient personal protective equipment (PPE) to provide to its work force \_\_\_\_\_  
ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವು ತನ್ನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಲು ಸಾಕಷ್ಟು ವೈಯಕ್ತಿಕ ರಕ್ಷಣಾ ಸಾಧನಗಳನ್ನು (PPE) ಹೊಂದಿದೆಯೇ? \_\_\_\_\_
- 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). \_\_\_\_\_  
ಕ್ವಾರಂಟೈನ್ ಆಗಿರುವ ಅಥವಾ ನಾವೆಲ್ ಕೋನಾವೈರಸ್ (SARS-CoV-2 / COVID-19) ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಿದ ಯಾರೊಂದಿಗಾದರೂ ನೀವು ನಿಕಟ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ನಿಮ್ಮ ಕೆಲಸದ ಕರ್ತವ್ಯಗಳು ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿವೆಯೇ? ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಾವೆಲ್ ಕೋನಾವೈರಸ್ (SARS-CoV-2 / COVID-19) ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕೆಲಸದ ಸ್ವರೂಪ ಸೇರಿದಂತೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ. \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_  
(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)  
ನಾವೆಲ್ ಕೋನಾವೈರಸ್ (SARS-CoV-2 / COVID-19) ಗೆ ಸಂಭಾವ್ಯ ಒಡ್ಡಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಗಾಗಿ ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ರಜೆಯಲ್ಲಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯ / ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರಜೆಯ ಕಡ್ಡಾಯ ರಜೆಯಲ್ಲಿ ಇರಿಸಿರುವಿರಾ? ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ದಿನಾಂಕಗಳು ಮತ್ತು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ \_\_\_\_\_  
(1 ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಎಂದರೆ ಎಲ್ಲಾ ನೋಂದಾಯಿತ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು(ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು, ಸಂಬಂಧಿತ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು ಫಿಸಿಯೋಥರಪಿಸ್ಟ್‌ಗಳು, ಫಾರ್ಮಾಸಿಸ್ಟ್‌ಗಳು, ಫ್ಲೆಬೋಟೊಮಿಸ್ಟ್‌ಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ) ನೇರ ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವವರು ಎಂದರ್ಥ)
- Have you ever tested positive for, or are you awaiting the rest results of novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? If yes, please provide relevant dates and details, including the results of any test(s) where known. \_\_\_\_\_  
ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ನಾವೆಲ್ ಕೋನಾವೈರಸ್ (SARS-CoV-2 / COVID-19) ನ ಪರಿಶೀಲನೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಸಿಟೀವ್ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಉಳಿದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಗಾಗಿ ಕಾಯುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? \_\_\_\_\_  
ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ತಿಳಿದಿರುವ ಯಾವುದೇ ಪರಿಶೀಲನೆಯ (ಗಳ) ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಸಂಬಂಧಿತ ದಿನಾಂಕಗಳು ಮತ್ತು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.
- 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.)  
ಕಳೆದ 14 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ? \_\_\_\_\_  
ಯಾವುದೇ ಜ್ವರ, ಕಮ್ಮು, ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ, ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ (ಜ್ವರದಂತಹ ದಣಿವು, ರೈನೋರೋಹಿಯಾ (ಮೂಗಿನಿಂದ ಲೋಳೆಯ ವಿಸರ್ಜನೆ), ನೋಯುತ್ತಿರುವ ಗಂಟಲು, ಜರಗರಗಳಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ವಾಕರಿಕೆ, ವಾಂತಿ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಅತಿಸಾರ (ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದೆಂದು ಸೂಚಿಸಿ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿ.
- Are you currently in good health and actively at work? \_\_\_\_\_  
ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿದ್ದೀರಾ? \_\_\_\_\_

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

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

12	<b>Travel Declaration</b> <b>ಪ್ರಯಾಣ ಘೋಷಣೆ</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): ದಯವಿಟ್ಟು ಕಳೆದ 5 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಯಾಣದ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ (ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರಯಾಣದ ದಿನಾಂಕಗಳ ಪ್ರವೇಶ ಮತ್ತು ನಿರ್ಗಮನವನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್‌ನ ಎಲ್ಲಾ ಪುಟಗಳ ನಕಲನ್ನು ಒದಗಿಸಿ):			
	<b>COUNTRY</b> ದೇಶ	<b>CITY</b> ನಗರ	<b>DATE ARRIVED</b> ಆಗಮಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ	<b>DATE DEPARTED</b> ನಿರ್ಗಮಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ
12.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: ಮುಂದಿನ 6 ತಿಂಗಳುಗಳ ನಿಮ್ಮ ಭವಿಷ್ಯದ ಪ್ರಯಾಣದ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಿಸಿ:			
	<b>COUNTRY</b> ದೇಶ	<b>CITY</b> ನಗರ	<b>Proposed date of Travel</b> ಪ್ರಯಾಣದ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ದಿನಾಂಕ	<b>Planned duration of stay</b> ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಯೋಜಿತ ಅವಧಿ
12.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