

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

COVID-19 (കൊറോണ വൈറസ്) ആരോഗ്യ പരിപാലന വിദഗ്ധർക്കായുള്ള എക്സ്‌പോഷർ ചോദ്യാവലി

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

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

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

Yes No
അതെ അല്ല

- Occupation : _____
തൊഴിൽ
- Medical Speciality (if applicable): _____
മെഡിക്കൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി (ബാധകമെങ്കിൽ)
- Exact nature of duties (including procedural or non-procedural duties): _____
ഡ്യൂട്ടിയുടെ കൃത്യമായ സ്വഭാവം (നടപടിക്രമമോ അല്ലാത്തതോ ആയ ചുമതലകൾ ഉൾപ്പെടെ)
- Name and address of health care facility or facilities in which you work: _____
ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ കേന്ദ്രത്തിൻറെയോ നിങ്ങൾ ജോലി ചെയ്യുന്ന കേന്ദ്രത്തിൻറെയോ പേരും വിലാസവും
- Name of the health authority under which you are registered: _____
നിങ്ങൾ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുള്ള ആരോഗ്യ അതോറിറ്റിയുടെ പേര്
- Does your health care facility have sufficient personal protective equipment (PPE) to provide to its work force
നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ കേന്ദ്രത്തിന് അതിൻറെ ജീവനക്കാർക്ക് നൽകാൻ ആവശ്യമായ വ്യക്തിഗത സംരക്ഷണ ഉപകരണങ്ങൾ (PPE) ഉണ്ടോ
- 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).
കാറൻറൈൻ ചെയ്തവരോടോപ്പമോ നോവൽ കൊറോണ വൈറസ് (SARS-CoV-2/COVID-19) രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയവരോടോപ്പമോ നിങ്ങൾ ജോലി ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ ജോലി ചെയ്തവരോടോപ്പം അടുത്ത സമ്പർക്കം പുലർത്തുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ജോലി ചെയ്തവരോടോപ്പം അടുത്ത സമ്പർക്കം പുലർത്തിയിട്ടുണ്ടോ? അതെ എങ്കിൽ, നോവൽ കൊറോണ വൈറസ് (SARS-CoV-2 / COVID-19) ഉള്ള രോഗികൾക്കോപ്പം നിർവഹിച്ച ജോലിയുടെ സ്വഭാവം ഉൾപ്പെടെയുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.
- 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)
നോവൽ കൊറോണ വൈറസ് (SARS-CoV-2 / COVID-19) രോഗബാധയുണ്ടായേക്കാമെന്ന കാരണത്താൽ നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും സ്വമേധയാ അവധിയിലായിൽ പ്രവേശിക്കുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ഹാജരാകാതിരിക്കുകയോ / അസുഖ അവധിയിൽ നിർബന്ധിതമായി പ്രവേശിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ, പ്രസക്തമായ തീയതികളും വിശദാംശങ്ങളും നൽകുക
(1 ആരോഗ്യ പരിപാലന തൊഴിലാളികൾ എന്നതുകൊണ്ട് അർത്ഥമാക്കുന്നത് നേരിട്ടുള്ള രോഗി പരിചരണത്തിൽ ഉൾപ്പെടുന്ന എല്ലാ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ആരോഗ്യ പരിപാലന പ്രൊഫഷണലുകൾ (ഡോക്ടർമാർ, നഴ്സുമാർ, ഫിസിയോതെറാപ്പിസ്റ്റുകൾ, ഫാർമസിസ്റ്റുകൾ, ഫ്ലെബോമിസ്റ്റുകൾ എന്നിവരുൾപ്പെടെയുള്ള അനുബന്ധ ആരോഗ്യ പ്രൊഫഷണലുകൾ) എന്നാണ്
- 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.
നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും നോവൽ കൊറോണ വൈറസിൻറെ (SARS-CoV-2 / COVID-19) ടെസ്റ്റ് പോസിറ്റീവ് ഫലം ആയിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ ഫലങ്ങൾക്കായി നിങ്ങൾ കാത്തിരിക്കുകയാണോ?
അതെ എങ്കിൽ, ഏതെങ്കിലും പരിശോധന (കളുടെ) ഫലങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ പ്രസക്തമായ തീയതികളും വിശദാംശങ്ങളും നൽകുക.
- 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.
കഴിഞ്ഞ 14 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ ഇനിപ്പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും ലക്ഷണങ്ങൾ നിങ്ങൾ അനുഭവിച്ചിട്ടുണ്ടോ? പനി, ചുമ, ശ്വാസം മുട്ടൽ, അസ്വാസ്ഥ്യം (ഏക പോലുള്ള ക്ഷീണം, റിനോറോഹിയ (മൂക്കിൽ നിന്ന് കഫം പുറന്തള്ളൽ), തൊണ്ടവേദന, ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ വയറിളക്കം പോലുള്ള ഉദര രോഗ ലക്ഷണങ്ങൾ
(ഇവയിലേതെങ്കിലുമുണ്ടെങ്കിൽ, ഏതെന്ന് സൂചിപ്പിച്ച് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.

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

നിങ്ങൾ നിലവിൽ ആരോഗ്യവാനും സജീവമായി ജോലിയിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നയാളുമാണോ ?

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

12	Travel Declaration യാത്രാ പ്രഖ്യാപനം		
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): കഴിഞ്ഞ 5 മാസത്തിനിടെ നിങ്ങൾ നടത്തിയ യാത്രയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക (ലൈഫ് അഷേർഡിന്റെ യാത്രാ തീയതികളുടെ എൻട്രിയും എക്സിറ്റും കാണിക്കുന്ന പാസ്പോർട്ടിന്റെ എല്ലാ പേജുകളുടെയും പകർപ്പ് ദയവായി നൽകുക):		
	COUNTRY രാജ്യം	CITY സിറ്റി	DATE ARRIVED എത്തിയ തീയതി
			DATE DEPARTED പുറപ്പെട്ട തീയതി
12.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
12.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report നിങ്ങളെ വിമാനത്താവളത്തിൽ സ്ക്രീൻ ചെയ്യുകയുണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, റിപ്പോർട്ടിന്റെ 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 എന്റെ 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 എന്റെ അപേക്ഷയുടെ ഭാഗമാകുമെന്നും എനിക്ക് അറിയാവുന്ന ഏതെങ്കിലും വസ്തുത വെളിപ്പെടുത്താതിരിക്കുന്നത് എന്റെ ഇൻഷുറൻസ് കോൺട്രാക്ടിനെ (കളെ) അസാധുവാക്കുമെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

Date: _____
തീയതി

Place: _____
സ്ഥലം

Signature of Life Assured
ലൈഫ് അഷേർഡിന്റെ ഒപ്പ്