

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

आरोग्य सेवा व्यावसायिकांसाठी COVID-19 (कोरोनाव्हायरस) संसर्गासंबंधी 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. Occupation : _____
व्यवसाय | | |
| 2. Medical Speciality (if applicable): _____
वैद्यकीय वैशिष्ट्य (लागू असल्यास): | | |
| 3. Exact nature of duties (including procedural or non-procedural duties): _____
कर्तव्या (ड्युटी)चे नेमके स्वरूप (प्रक्रियात्मक किंवा गैर-प्रक्रियात्मक कर्तव्यांसह): | | |
| 4. Name and address of health care facility or facilities in which you work: _____
आपण जिथे काम करता त्या आरोग्य सेवा सुविधेचे किंवा सुविधांचे नाव आणि पत्ता: | | |
| 5. Name of the health authority under which you are registered: _____
आपण ज्या आरोग्य अधिकार्याच्या अंतर्गत नोंदणीकृत आहात त्याचे नाव : | | |
| 6. Does your health care facility have sufficient personal protective equipment (PPE) to provide to its work force
आपल्या मनुष्यबळास पुरवण्यासाठी आपल्या आरोग्य सेवा सुविधेकडे पुरेसे वैयक्तिक संरक्षणात्मक उपकरणे (PPE) आहेत का? | <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).
ज्या व्यक्तीला नवीन कोरोनाव्हायरस (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 आपण आपले काम करत असताना संपर्क आला आहे का? उत्तर होय असल्यास, कृपया नवीन कोरोनाव्हायरस (SARS-CoV-2/COVID-19) असलेल्या रुग्णांकरीता कामाच्या स्वरूपासह तपशील पुरवा. | <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
(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)
नवीन कोरोनाव्हायरस (SARS-CoV-2/COVID-19)च्या संभाव्य संसर्गामुळे आपण कधीही ऐच्छिक रजेवर, किंवा सक्तीच्या रजेवर/आजारपणाच्या रजेवर गेला आहात का? उत्तर होय असल्यास, कृपया संबंधित दिनांक आणि तपशील पुरवा
(1 आरोग्य सेवा कामगार म्हणजे प्रत्यक्ष रुग्णांच्या सेवेमध्ये सामील सर्व नोंदणीकृत आरोग्य सेवा व्यावसायिक (फिजिओथेरपिस्ट, फार्मासिस्ट, फ्लेबोटॉमिस्ट इत्यादींसह डॉक्टर, परिचारिका, संबंधित आरोग्य व्यावसायिक)) | <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)? If yes, please provide relevant dates and details, including the results of any test(s) where known.
आपल्या नवीन कोरोनाव्हायरस (SARS-CoV-2/COVID-19)च्या चाचणीचा कधीही सकारात्मक अहवाल आला आहे किंवा आपण त्या चाचणीच्या उर्वरित निकालांची वाट पाहत आहात?
उत्तर होय असल्यास, कृपया जिथे माहित असेल तेथे कोणत्याही चाचणीच्या/चाचणीच्या निकालांसह संबंधित दिनांक आणि तपशील पुरवा. | <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).
गेल्या 14 दिवसांत आपणास खालीलपैकी कोणतीही लक्षणे अनुभवास आली आहेत का?
कोणताही ताप, खोकला, दम लागणे, अस्वस्थता (फ्लूसारखा थकवा), नासिकाशोथ (नाकातून श्लेष्माचा छ्वाव), घसा खवखवणे, जठर व आतड्यां (गॅस्ट्रो-इंटेस्टीनल)विषयी विकाराची लक्षणे जसे की मळमळ, उलट्या आणि/किंवा अतिसार
(यापैकी कोणतेही उत्तर होय असल्यास, ते कोणते आहे ते सूचित करा आणि संपूर्ण माहिती पुरवा. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Are you currently in good health and actively at work?
आपली प्रकृती सध्या चांगली आहे का आणि आणि सक्रियपणे कामावर आहात 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.

12	Travel Declaration प्रवासाविषयी घोषणा			
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): 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
12.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
12.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