

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

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପେଶାଦାରମାନଙ୍କ ନିମନ୍ତେ COVID-19 (କରୋନା ଭାଇରସ୍) ସଂସର୍ଗ ପ୍ରଶ୍ନାବଳି

(To be filled by Life Assured only)
(କେବଳ ଜୀବନ ଆଶୁଷ୍ଟଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ ହେବା ପାଇଁ)

Name of the Life insured: _____ Proposal/Policy No: _____
ଜୀବନ ବୀମାକୃତଙ୍କ ନାମ: _____ ପ୍ରପୋଜାଲ୍/ପଲିସି ନଂ.: _____

Please provide the following information with as much details as possible:
ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ସୂଚନାଗୁଡ଼ିକ ଯେତେ ସମ୍ଭବ ଅଧିକ ବିଶଦ ଭାବରେ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

- | | | Yes
ହଁ | No
ନା |
|--|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. Occupation : _____
ବୃତ୍ତି | | | |
| 2. Medical Speciality (if applicable) : _____
ଚିକିତ୍ସା ବିଶେଷତ୍ୱ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ): | | | |
| 3. Exact nature of duties (including procedural or non-procedural duties): _____
କର୍ତ୍ତବ୍ୟଗୁଡ଼ିକର ଅବିକଳ ପ୍ରକାର (ପଦ୍ଧତିଗତ କିମ୍ବା ଅଣପଦ୍ଧତିଗତ କର୍ତ୍ତବ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ସମେତ) | | | |
| 4. Name and address of health care facility or facilities in which you work: _____
ଆପଣ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଥିବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ସୁବିଧା କିମ୍ବା ସୁବିଧାଗୁଡ଼ିକର ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା | | | |
| 5. Name of the health authority under which you are registered: _____
ଆପଣ ଯେଉଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ଅଧିନରେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ହୋଇଛନ୍ତି ତାହାର ନାମ | | | |
| 6. Does your health care facility have sufficient personal protective equipment (PPE) to provide to its work force
କ'ଣ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଅନୁଷ୍ଠାନର ଏହାର କାର୍ଯ୍ୟକଳକୁ ଯୋଗାଇବା ପାଇଁ ଯଥେଷ୍ଟ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସୁରକ୍ଷା ଉପକରଣ (PPE) ରହିଛି | <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).
ଆପଣ ସଂସ୍ପର୍ଶରେ ଆସିଛନ୍ତି କି କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ କାର୍ଯ୍ୟ ଦାୟିତ୍ୱଗୁଡ଼ିକ ଏପରି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନିକଟ ସଂସ୍ପର୍ଶରେ ଆସିଛନ୍ତି କି ଯିଏ ସଂଗରୋଧରେ ରହିଥିଲେ କିମ୍ବା ଯିଏ ନୋଭେଲ କରୋନା ଭାଇରସ୍ (SARS-CoV-2/COVID-19) ଚିହ୍ନଟ ହୋଇଛନ୍ତି? ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ନୋଭେଲ କରୋନା ଭାଇରସ୍ (SARS-CoV-2/COVID-19) ଥିବା ରୋଗୀମାନଙ୍କ ନିମନ୍ତେ କାର୍ଯ୍ୟର ପ୍ରକାର ସମେତ ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ । | <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
ନୋଭେଲ କରୋନା ଭାଇରସ୍ (SARS-CoV-2/COVID-19) ପ୍ରତି ସମ୍ଭାବ୍ୟ ସଂସର୍ଗଗୁଡ଼ିକ କାରଣରୁ ଆପଣ କେବେବି ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଛୁଟିରେ ଯାଇଛନ୍ତି, କିମ୍ବା ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଅନୁପସ୍ଥିତି/ ଅସୁସ୍ଥତା ଛୁଟିରେ ରଖାଯାଇଛନ୍ତି କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ତାରିଖ ଏବଂ ବିବରଣୀଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ
(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 ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କର୍ମୀ କହିଲେ ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ରୋଗୀ ସେବାରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସମସ୍ତ ପଞ୍ଜୀକୃତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବୃତ୍ତିଧାରୀ (ଡାକ୍ତର, ନର୍ସ, ଫିଜିଓଥେରାପିଷ୍ଟ, ଫାର୍ମାସିଷ୍ଟ, ଫ୍ଲେବୋଟମିଷ୍ଟ ଇତ୍ୟାଦି) ଲିଭାଦିଆ ଲିଭାଦିଆ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରି ସଂଯୁକ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପେଶାଦାର) ମାନଙ୍କୁ ବୁଝାଇବ | <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.
ଆପଣ ନୋଭେଲ କରୋନା ଭାଇରସ୍ (SARS-CoV-2/COVID-19) ପାଇଁ କେବେ ପଜିଟିଭ୍ ପରୀକ୍ଷିତ ହୋଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଆପଣ ପରୀକ୍ଷା ପରିଣାମ ନିମନ୍ତେ ଅପେକ୍ଷା କରିଛନ୍ତି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ଜଣାଥିବା କୌଣସି ପରୀକ୍ଷା(ଗୁଡ଼ିକ)ର ପରିଣାମ ସମେତ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ତାରିଖ ଏବଂ ବିବରଣୀଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ । | <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.
ଗତ 14 ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ନିମ୍ନଲିଖିତ ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସିଟି ଅନୁଭବ କରିଛନ୍ତି କି?
କୌଣସି ଜ୍ୱର, କାଶ, ଅଣନିଶ୍ୱାସୀ ଲାଗିବା, କ୍ଳାନ୍ତି (ଫ୍ଲୁ-ପରି କ୍ଳାନ୍ତି), ରିନୋରିଆ (ନାକରୁ ଶ୍ଳେଷ୍ମା ନିର୍ଗତ ହେବା), ଚର୍ଦ୍ଦି ଦରଜ ହେବା, ବାନ୍ତି ଲାଗିବା, ବାନ୍ତି ହେବା ଏବଂ/ କିମ୍ବା ହଜିଜା ପରି ପାକ-ବୃହଦାନ୍ତ ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ
(ଯଦି ଏଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସିଟି ପ୍ରତି ହଁ, ଦୟାକରି କେଉଁଟି ସୂଚିତ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ । | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Are you currently in good health and actively at work?
ଆପଣ ବର୍ତ୍ତମାନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟରେ ସକ୍ରିୟ ଭାବରେ ଅଛନ୍ତି ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Please provide the details below if any of above question is answered as "Yes"
ଯଦି ଉପରୋକ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସିଟିର ଉତ୍ତର "ହଁ" ଭାବରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥାଏ ତେବେ ଦୟାକରି ନିମ୍ନୋକ୍ତ ବିବରଣୀଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

12	Travel Declaration ଭ୍ରମଣ ଘୋଷଣାମାମା			
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): ଦୟାକରି ଗତ 5 ମାସରେ ଆପଣଙ୍କ ଭ୍ରମଣ ଶୈଳୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ (ଦୟାକରି ଜୀବନ ଆଶ୍ୱସ୍ତକ ପାସପୋର୍ଟର ପ୍ରତ୍ୟେକ ପୃଷ୍ଠାର ନକଲ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଯାହା ନିମ୍ନ ଭ୍ରମଣ ତାରିଖଗୁଡ଼ିକରେ ପ୍ରବେଶ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ଥାନ ପ୍ରଦର୍ଶନ କରୁଛି):			
	COUNTRY ଦେଶ	CITY ସହର	DATE ARRIVED ପହଞ୍ଚିବାର ତାରିଖ	DATE DEPARTED ପ୍ରସ୍ଥାନର ତାରିଖ
12.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: ଦୟାକରି ପରବର୍ତ୍ତୀ 6 ମାସ ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କର ସମ୍ଭାବ୍ୟ ଭବିଷ୍ୟତ ଭ୍ରମଣ ଯୋଜନାଗୁଡ଼ିକର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:			
	COUNTRY ଦେଶ	CITY ସହର	Proposed date of Travel ଭ୍ରମଣ କରିବାର ପ୍ରସ୍ତାବିତ ତାରିଖ	Planned duration of stay ରହଣୀର ଯୋଜନାକୃତ ଅବଧି
12.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ବିମାନବନ୍ଦରରେ ସ୍କ୍ରିନିଂ କରାଯାଇଛି, ଦୟାକରି ଏହି ରିପୋର୍ଟର ଏକ ନକଲ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ			

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.

ମୁଁ ନିଶ୍ଚିତ କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ପ୍ରଦାନ କରିଥିବା ଉତ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ମୋ ଜାଣତରେ ସର୍ବୋତ୍ତମ ଭାବରେ ଠିକ୍ ଏବଂ ଏହା ଯେ ଏହି ଆବେଦନର ଆକଳନ କିମ୍ବା ଗ୍ରହଣୀୟତାକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରିବାର ସମ୍ଭାବନା ଥିବା କୌଣସି ମହତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ମୁଁ ପ୍ରତ୍ୟାହାର କରିନାହିଁ ।

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.

ମୁଁ ସହମତ ଯେ ଏହି ଫର୍ମ ବୀମା(ଗୁଡ଼ିକ) ନିମନ୍ତେ ମୋର ଆବେଦନର ଏକ ଅଂଶ ଗଠନ କରିବ ଏବଂ ଏହା ଯେ ମୋତେ ଜଣାଥିବା କୌଣସି ମହତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ତଥ୍ୟ ପ୍ରକାଶ କରିବାରେ ଅସଫଳତା ମୋର ବୀମା(ଗୁଡ଼ିକ) ରୁଦ୍ଧିନୀମାକୁ ରଦ୍ଦ କରିଦେଇପାରିବ ।

Date: _____

ତାରିଖ:

Place: _____

ସ୍ଥାନ:

Signature of Life Assured

ଜୀବନ ଆଶ୍ୱସ୍ତକ ସ୍ୱାକ୍ଷର