

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

### COVID-19 (கொரோனா வைரஸ்) சுகாதார வல்லுனர்களுக்கான கேள்வித்தாள் வெளியிடல்

(To be filled by Life Assured only)

(ஆயுள் காப்பீடு செய்யப்பட்டவர்களால் மட்டுமே நிரப்பப்பட வேண்டும்)

Name of the Life insured: \_\_\_\_\_ Proposal/Policy No: \_\_\_\_\_  
ஆயுள் காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் பெயர்: \_\_\_\_\_ ப்ரபோசல்/பாலிசி எண்: \_\_\_\_\_

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

தயவுசெய்து பின்வரும் தகவல்களை முடிந்தவரை அதிக விவரங்களுடன் வழங்கவும்:

Yes No  
ஆம் இல்லை

- Occupation: \_\_\_\_\_  
தொழில்
- Medical Speciality (if applicable): \_\_\_\_\_  
சிறப்பு மருத்துவம் (பொருந்தினால்)
- Exact nature of duties (including procedural or non-procedural duties): \_\_\_\_\_  
கடமைகளின் சரியான தன்மை (நடைமுறை அல்லது நடைமுறை அல்லாத கடமைகள் உட்பட)
- Name and address of health care facility or facilities in which you work: \_\_\_\_\_  
நீங்கள் எங்கு வேலை செய்கிறீர்களோ அந்த சுகாதார பராமரிப்பு வசதி அல்லது வசதிகளின் பெயர் மற்றும் முகவரி
- Name of the health authority under which you are registered: \_\_\_\_\_  
நீங்கள் எந்த சுகாதார அதிகாரியின்கீழ் பதிவு செய்யப்பட்ட பெயர்
- Does your health care facility have sufficient personal protective equipment (PPE) to provide to its work force  
உங்களின் உடல்நலப் பராமரிப்புக்கான வசதியில் அதன் பணிக் குழுவுக்கு வழங்க போதுமான  
தனிப்பட்ட பாதுகாப்பு (PPE) கருவிகள் உள்ளதா?
- 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).  
யார் ஒருவர் தனிமைப்படுத்தப்பட்டு அல்லது நாவல் கொரோனா வைரஸ்(SARS-CoV-2/COVID-19) என்று கண்டறியப்பட்டவர்களுடன் வேலையின்போது அவர்களுடனோ அல்லது அவர்களுடன் நெருங்கிய தொடர்பில் இருந்தீர்களா? ஆம் எனில், நோவல் கொரோனா வைரஸ் (SARS-CoV-2/COVID-19) நோயாளிகளுக்கான வேலையின் தன்மையைப் பற்றிய தகவல்களை தயவுசெய்து வழங்கவும்
- 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)  
நோவல் கொரோனா வைரஸ் (SARS-CoV-2/COVID-19) காரணமாக எப்போதாவது தன்னார்வ விடுப்பில் அல்லது, கட்டாய விடுப்பில் அல்லது நோய்க்கான விடுப்பில் இருந்திருக்கிறீர்களா? ஆம் எனில், அதற்கு தொடர்புடைய தேதிகள் மற்றும் விவரங்களை வழங்கவும் (1 சுகாதாரப் பணியாளர்கள் என்பது அனைத்து பதிவுசெய்யப்பட்ட சுகாதாரப் பாதுகாப்பு நிபுணர்களையும் குறிக்கும் (டாக்டர்கள், நர்ஸ்கள், அதனுடன் தொடர்புடைய சுகாதாரப் ப்ரொபசனல்கள், பிஸியோதெரபிஸ்டுகள், பார்மஸிஸ்ட், ஃபிளெபோடோமிஸ்டுகள் போன்றவை அடங்கும்.) நேரடி நோயாளி பராமரிப்பில் ஈடுபட்டுள்ளனர்)
- 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.  
நீங்கள் எப்போதாவது பாசிட்டிவ் டெஸ்டுக்கான அல்லது நாவல் கொரோனா வைரஸ்(SARS-CoV-2/COVID-19) முடிவுக்காக காத்துக் கொண்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் எனில், தெரிந்த இடங்களில் சோதனை(கள்) முடிவுகள் உட்பட தொடர்புடைய தேதிகள் மற்றும் விவரங்களை வழங்கவும்
- 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.)  
கடந்த 14 நாட்களுக்குள் பின்வரும் அறிகுறிகளில் ஏதேனும் ஒன்றை நீங்கள் அனுபவித்திருக்கிறீர்களா?  
எதாவது காய்ச்சல், இருமல், மூச்சுத் திணறல், உடல்நலக் குறைவு (ஃப்ளூ- போன்ற சோர்வு) ரினோரோயா (மூக்கிலிருந்து சளி வெளியேறுதல்), தொண்டைப்புண், கேஸ்ட்ரோ-இண்டெஸ்டினல் அதாவது குமட்டல், வாந்தி மற்றும் அல்லது டயரியா போன்றவை  
(ஆம் எனில், இவற்றில் ஏதேனும் இருந்தால், தயவுசெய்து அதைக் குறிக்கவும், மற்றும் முழு விவரங்களையும் வழங்கவும்.)
- Are you currently in good health and actively at work?  
தற்போது நீங்கள் நல்ல உடல் நலத்துடன் மற்றும் வேலையில் சுறுசுறுப்பாக இருக்கிறீர்களா?

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

மேலே உள்ள ஏதேனும் கேள்விக்கு "ஆம்" என்று பதிலளிக்கப்பட்டால் கீழே உள்ள விவரங்களை வழங்கவும்

12	<b>Travel Declaration</b> பயணம் பற்றிய அறிவிப்பு			
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): கடந்த 5 மாதங்களில் உங்கள் பயணம் பற்றிய முறைகளை வழங்கவும் (தயவுசெய்து பயண தேதிகளின் நுழைவு மற்றும் வெளியேறலைக் காட்டும் ஆயுள் பாஸ்போர்ட்டின் அனைத்து பக்கங்களின் நகலையும் வழங்கவும்):			
	<b>COUNTRY</b> நாடு	<b>CITY</b> நகரம்	<b>DATE ARRIVED</b> வருகை தேதி	<b>DATE DEPARTED</b> புறப்பட்ட தேதி
12.b	Please detail your intended future travel plans for the next 6 months: அடுத்த 6 மாதங்களுக்கான உங்களின் எதிர்கால பயணத் திட்டங்களை தயவுசெய்து விவரிக்கவும்:			
	<b>COUNTRY</b> நாடு	<b>CITY</b> நகரம்	<b>Proposed date of Travel</b> பயணத்திற்கான முன்கூட்டிய தேதி	<b>Planned duration of stay</b> தங்குவதற்காக திட்டமிடப்பட்ட காலம்
12.c	If you have been screened at the airport, please provide copy of report. ஏர்போர்ட்டில் நீங்கள் பரிசோதனை செய்யப்பட்டிருந்தால், தயவுசெய்து அந்த ரிப்போர்ட்டின் நகலை வழங்கவும்.			

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.

நான் அளித்த பதில்கள் என் அறிவுக்கு தக்கபடி சிறந்தவை என்றும் உண்மை என்றும் உறுதியளிக்கிறேன் மற்றும் இந்த பயன்பாட்டின் மதிப்பீடு அல்லது ஏற்றுக் கொள்ளுவதை பாதிக்கும் எந்த பொருள் பற்றிய தகவலையும் நான் என்னிடம் வைத்திருக்கவில்லை.

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.

காப்பீடு(கள்)க்கான எனது விண்ணப்பத்தின் ஒரு பகுதியாக இந்தப் படிவம் இருக்கும் என்பதையும் மற்றும் எனக்குத் தெரிந்த எந்தவொரு பொருள் பற்றிய உண்மையையும் வெளியிடத் தவறும்போது என்னுடைய காப்பீடு(கள்)க்கான ஒப்பந்தம் செல்லாது என்பதை நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

Date: \_\_\_\_\_  
தேதி

Place: \_\_\_\_\_  
இடம்

\_\_\_\_\_  
Signature of Life Assured  
ஆயுள் உறுதி செய்யப்பட்டவரின் கையொப்பம்