



ডেল্টা লাইফ ইনশুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড

Delta Life Insurance Company Ltd.

কেন্দ্রীয় কার্যালয় : ডেল্টা লাইফ টাওয়ার, প্লট # ৩৭, রোড # ৯০, গুলশান সার্কেল-২, ঢাকা-১২১২

কোভিড-১৯ সংক্রান্ত প্রশ্নমালা

প্রস্তাবক/গ্রাহকের নাম : প্রস্তাবপত্র নম্বর :

১। আপনি এবং আপনার পরিবারের কোন সদস্য কি কোয়ারেন্টাইনে বা করোনাভাইরাসে (SARS-CoV-2/COVID-19) আক্রান্ত কোন ব্যক্তির সংস্পর্শে এসেছেন? হ্যাঁ না (টিক দিন)। যদি হ্যাঁ হয় তবে নীচে বিস্তারিত লিখুন।

২। আপনি এবং আপনার পরিবারের কোন সদস্য কি স্থানীয় স্বাস্থ্য কর্তৃপক্ষ বা সরকার বা বিমানবন্দর কর্তৃপক্ষ কর্তৃক আরোপিত করোনা ভাইরাসের জন্য কোয়ারেন্টাইন থাকার কোন নোটিশ পেয়েছেন? হ্যাঁ না (টিক দিন)।
যদি হ্যাঁ হয় তবে আপনার অবস্থান, তারিখ, কোয়ারেন্টাইন এর সময় সীমাসহ নীচে বিস্তারিত উল্লেখ করুন।

৩। আপনাকে কি করোনাভাইরাস নির্ণয়ের জন্য পরামর্শ দেয়া হয়েছে অথবা আপনি কি পরীক্ষা ফলাফলের অপেক্ষায় রয়েছেন যা ইতিমধ্যে করোনাভাইরাস পরীক্ষার জন্য নমুনা জমা দেয়া হয়েছে? হ্যাঁ না (টিক দিন)।

৪। আপনার কি কখনো নভেল করোনাভাইরাস রোগ শনাক্ত হয়েছে? হ্যাঁ না (টিক দিন)।
যদি হ্যাঁ হয় তবে কোন তারিখে শনাক্ত হয়েছে এবং এ সংক্রান্ত কি কি ডাক্তারী পরীক্ষা হয়েছে?

৫। আপনার কি বিগত ১৪ (চৌদ্দ) দিনের মধ্যে নিম্ন বর্ণিত কোন উপসর্গ দেখা দিয়েছে?
যে কোন ধরণের জ্বর, কাশি/কফ, শ্বাসকষ্ট, অস্থিরতা (জ্বরজ্বর ভাব), সর্দি, গলা ব্যথা বা স্বরভংগ, পরিপাকতন্ত্রের অসুখ (Gastro-Intestinal Symptoms) যেমন বমি, বমিভাব, ডাইরিয়া। হ্যাঁ না (টিক দিন)। যদি হ্যাঁ হয় তবে নীচে বিস্তারিত বিবরণ উল্লেখ করুন।

৬। আপনি কি স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (যেমন- জেনারেল প্র্যাকটিশনার, ডাক্তার, হাসপাতালের ডাক্তার, সার্জন, থেরাপিস্ট, নার্স, প্যাথলজিস্ট, প্যারামেডিক্স, ফার্মাসিস্ট, ওয়ার্ড বয়) হাসপাতাল অথবা ক্লিনিকে করোনা ভাইরাস(SARS-CoV-2/COVID-19) ওয়ার্ডে অথবা স্বতন্ত্র রোগীর চিকিৎসায় নিয়োজিত? হ্যাঁ না

৭। ৬নং প্রশ্নের উত্তর হ্যাঁ হলে আপনার দৈনন্দিন কাজের বিস্তারিত বিবরণ দিন। যেমন আপনি করোনা যোদ্ধা হিসাবে হাসপাতাল বা ক্লিনিকের করোনা ওয়ার্ড/ইউনিটে অথবা ব্যক্তি করোনা রোগীর চিকিৎসায় নিয়োজিত আছেন।

৮। ভ্রমণের ঘোষণা :

ক) আপনি কি বর্তমানে বাংলাদেশের বাহিরে অবস্থান করছেন? হ্যাঁ না (টিক দিন)
যদি হ্যাঁ হয় তবে নীচে বিস্তারিত লিখুন।

দেশ	শহর	ভ্রমণের তারিখ	অবস্থানকাল

খ) আপনি কি গত ১৪(চৌদ্দ) দিনের মধ্যে বিদেশে ভ্রমণ করেছেন? হ্যাঁ না (টিক দিন)
যদি হ্যাঁ হয় তবে নীচে ভ্রমণের বিস্তারিত লিখুন।

দেশ	শহর	দেশে পৌঁছানোর তারিখ	বিদেশ ছাড়ার তারিখ

গ) আপনি কি আগামী ৩(তিন) মাসের মধ্যে বিদেশ ভ্রমণের পরিকল্পনা করছেন? হ্যাঁ না (টিক দিন)
যদি হ্যাঁ হয় তবে নীচে ভবিষ্যৎ ভ্রমণের পরিকল্পনা বিস্তারিত উল্লেখ করুন।

দেশ	শহর	ভ্রমণের তারিখ	সম্ভাব্য সময়সীমা

৯। আপনি কি কোভিড-১৯-এর টিকা নিয়েছেন? হ্যাঁ না (টিক দিন)
• প্রথম টিকার তারিখ ----- • দ্বিতীয় টিকার তারিখ -----
• টিকার নাম ----- • টিকার কোন পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া হয়েছে? হ্যাঁ না (টিক দিন)

উত্তর হ্যাঁ হলে কি চিকিৎসা নিয়েছেন এবং সম্পূর্ণ সুস্থ হওয়ার তারিখ -----

(টিকা এবং পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া সংক্রান্ত সকল নথি জমা দেয়া বাধ্যতামূলক এবং প্রস্তাবকের ব্যক্তিগত বিবৃতি গ্রহণযোগ্য নয়।)

ঘোষণা :

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, আমার সকল বিবৃতি সত্য এবং আমি এমন কোন তথ্য গোপন করিনি বা বাদ দিইনি যার ফলে এই প্রস্তাবপত্র/বীমাপত্রে বর্ণিত ঝুঁকির তারতম্য ঘটতে পারে। আমার যে কোন ঘোষণার মধ্যে যদি কোন মিথ্যা বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে তাহলে কোম্পানী আইন অনুযায়ী ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারবে।