

Допълнителна информация във връзка с Covid 19

Към заявление за застраховане (полица) № от дата

Моля, отбележете верния отговор!

1. Имате ли в момента или имали ли сте някой от следните симптоми през последните 14 дни?

В случай на отговор ДА, моля отбележете кое е валидно за Вас!

Да Не

- Треска
- Суха кашлица
- Миалгия (болки в мускулите) /Артралгия (болки в ставите)
- Задух
- Дисгеузия (загуба на усещането за вкус)
- Аносмия (загуба на обоняние)

Ако отговорът е ДА, моля, предоставете допълнителна информация, като дати, продължителност, лечение, резултати от изследванията (ако има такива), име и адрес на лекуващия лекар / клиника / болница.

.....
.....
.....

2. Тествани ли сте за Covid – 19

Да Не

Ако ДА: дата / резултат на теста: / о Covid-19 положителен о Covid-19 отрицателен

В случай, че резултата е положителен, възстановени ли сте напълно (без последствия)

Да Не

3. През последните 14 дни имали ли сте контакт с някой, потвърден като заразен с вируса?

Да Не

4. Имали ли сте предписание за изолация или оставане вкъщи (с изкл. на работа от вкъщи)?

Да Не

5. В момента сте или били ли сте извън държавата на пребиваване през последните

4 седмици? Ако да, моля, предоставете информация: държава / град / дата на отпътуване / дата на пристигане / планирана дата на връщане.

Да Не

.....
.....

(дата)

(подпис)

(трите имена)

Чрез собственоръчния си подпис потвърждавам, че отговорих на поставените въпроси пълно и вярно и че не съм премълчал/а нищо. Известно ми е, че непълните или неверни данни водят до загуба на застрахователната защита.