

Допълнителна информация във връзка с COVID-19

Към заявление за застраховане (полица) №

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 да предоставите 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, моля посочете дата на последен:

положителен резултат:

отрицателен резултат:

В случай, че сте имали положителен резултат, възстановени ли сте напълно (без последствия)?

Да Не

Ако отговорът е НЕ, моля да предоставите информация за здравословното Ви състояние:

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

Да Не

4. Били ли сте през последния 1 месец (във връзка с COVID-19) под карантина/изолация, самоизолация (с изкл. на работа от вкъщи)?

Да Не

5. В момента сте или били ли сте извън държавата си на пребиваване през последните 4 седмици? Ако да, моля да предоставите информация: държава / град / дата на отпътуване / дата на пристигане / планирана дата на връщане.

Да Не

Ако отговорът на някой от въпроси от 3 до 5 е ДА, моля за допълнителна информация:

_____ (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.