

Допълнителна информация във връзка с COVID-19

Към заявление за застраховане (полица) №

Моля, отбележете верния отговор!

1. Ваксинирани ли сте с пълна/защитна* доза от официално одобрените за Р. България ваксини за имунизация срещу Covid-19? Да Не
*Пълна/защитна доза според предписание на производителя, единична или многократни дози.
2. 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.

.....

3. Тествани ли сте за COVID – 19? Да Не

Ако ДА, моля посочете дата на последен:

о положителен резултат: о 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:

.....

4. През последните 14 дни имали ли сте контакт с някой, потвърден като заразен с вируса? Да Не
5. Били ли сте през последния 1 месец (във връзка с COVID-19) под карантина/изолация, самоизолация (с изкл. на работа от вкъщи)? Да Не
6. 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:

.....

7. През следващите 3 месеца възнамерявате ли да пътувате извън обичайната си държава на Пребиване? Ако да, моля да предоставите информация: държава / град / дата на отпътуване / продължителност на пребиваване. 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.