

Декларация за COVID-19

Лична декларация за COVID-19 на кандидата за застраховане:

1. Изследван/а ли сте през последните 3 месеца за COVID-19? Да Не
Ако да, моля, посочете дата на изследването и резултат:

..... Дата:

2. През последния 1 месец:

2.1. Налагана ли Ви е карантина и/или били ли сте посъветван/а от медицинско лице за самоизолация, поради проявени симптоми на COVID-19 и/или поради контакти с лице, което е било диагностицирано с COVID-19 или за което се е предполагало, че било заразено с COVID-19, с изключение на задължителните мерки, наложени от правителството? Да Не

2.2. Имали ли сте продължителна настинка, кашлица, повишена температура и/или били ли сте в контакт с лице/а, диагностицирано/и с COVID-19 или за което/които е съществувало съмнение, че е/са било/и заразено/и с COVID-19? Да Не

3. Ако на някой от въпросите по-горе сте отговорили с „да“, моля, посочете дали е настъпило пълно възстановяване и дали сте се върнали към обичайната си работа/занятие/дейност? Да Не

Декларирам, че съм отговорил пълно, изчерпателно и вярно на поставените по-горе въпроси и съм съгласен, тази информация да служи за оценка на риска по застраховката. Уведомен съм, че ЗАД „Алианц България Живот“ може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение или сума в случай на неточно обявена или укрита съществена информация, касаеща здравословното ми състояние и/или друго обстоятелство преди сключване на застраховката, оказало въздействие за настъпването на събитието.

Настоящата декларация е неразделна част от Заявлението за сключване на застраховка с № в ЗАД „Алианц България Живот“.

Град:

Подпис на кандидата за застраховане:

Дата:

.....