

Fragebogen bezüglich des Coronavirus/COVID-19

Angaben zum Versicherungsnehmer:

Name, Vorname

Strasse, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Policen-Nummer:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen

Wurden Sie positiv auf das Coronavirus/COVID-19 getestet?

Haben oder hatten Sie innerhalb der letzten 30 Tage Symptome eines neuen oder unerklärbaren Dauerhustens, erhöhte Temperatur oder Fieber, Atembeschwerden oder andere Symptome des Coronavirus/Covid-19?

Haben oder hatten Sie innerhalb der letzten 90 Tage Symptome eines neuen oder unerklärbaren Dauerhustens, erhöhte Temperatur oder Fieber, Atembeschwerden oder andere Symptome des Coronavirus/Covid-19?

Hatten Sie in den letzten 30 Tagen direkten Kontakt mit einer Person, bei der ein Verdacht auf Coronavirus/COVID-19 besteht bzw. Coronavirus/COVID-19 bestätigt ist?

Befanden Sie sich in den letzten 30 Tagen aufgrund der Symptome von Coronavirus/COVID-19 in Selbst- Isolation?

Wurde Ihnen in den letzten 30 Tagen eine Selbst-Isolation aus anderen Gründen angeraten? Wenn Ja, warum?

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers, der versicherten Person