

ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ

ЛИЧНИ ДАННИ		
<p>..... <i>име, презиме, фамилия</i></p>		ЕГН/ЛНЧ
Адрес: гр./с. п.код..... кв., ул. №..... бл., вх., ап.....		Дата на раждане: л.к.№..... изд. на..... от
МЕСТОРАБОТА	КООРДИНАТИ	
	Служебен тел.	
ДЛЪЖНОСТ	Мобилен тел.	
	e-mail:	

ВЪПРОСИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА КАНДИДАТИТЕ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ *(Вярното се обгражда)*

1. Имате ли роднини страдащи от следните заболявания преди 65г. възраст? Моля, опишете кой в каква възраст?							
Инфаркт	Да	Не					
Инсулт	Да	Не					
Високо кръвно налягане	Да	Не					
Туберкулоза	Да	Не					
Астма	Да	Не					
Епилепсия	Да	Не					
Диабет	Да	Не					
Онкологични заболявания	Да	Не					
Психични заболявания	Да	Не					
Внезапна смърт	Да	Не					
Други	Да	Не					
2. Ръст: см. Тегло: кг.			3. Била ли Ви е отказвана или сключвана при специфични условия допълнителна здравна застраховка? Ако да защо и при какви условия?		Да	Не	
4. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от болести на сърдечно-съдовата система? Моля пояснете. <i>(Инфаркт, инсулт, емболии, високо кръвно налягане, болки в областта на сърцето, болести на вени и артерии, др.)</i>		Да	Не	5. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от болести на дихателната система? Моля пояснете. <i>(Астма, туберкулоза, пневмония, плеврит, хроничен бронхит, емфизем, др.)</i>		Да	Не
6. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от болести на храносмилателната система? Моля пояснете. <i>(Язва, болести на жлъчката, хепатит, цироза, болести на панкреаса, др.)</i>		Да	Не	7. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от болести на пикочо-половата система? Моля пояснете. <i>(Остър пиелонефрит, гломерулонефрит, цистопиелит, камъни на пикочните пътища, възпаление на простата, др.)</i>		Да	Не
8. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от болести на нервната система и сетивните органи? Моля пояснете. <i>(Менингоенцефалит, вродени заболявания или травми на нервната система, катаракта, глаукома, др.)</i>		Да	Не	9. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от болести на ендокринните жлези и обмяната? Моля пояснете. <i>(Диабет, Гуша, Затлъстяване, болести на имунитета, др.)</i>		Да	Не
10. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от болести на кожата и подкожната тъкан? Моля пояснете. <i>(Псориазис, екзема, кожен рак, алергии, др.)</i>		Да	Не	11. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от новообразувания? Моля пояснете. <i>(Злокачествени тумори, доброкачествени тумори, вродени аномалии, др.)</i>		Да	Не
12. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от болести на кръвта и кръвотворните органи? Моля пояснете. <i>(Анемии, левкози, хемофилии, др.)</i>		Да	Не	13. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от инфекциозни болести? Моля пояснете. <i>(Туберкулоза, инфекциозен хепатит, СПИН, др.)</i>		Да	Не
14. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 години от болести на костно-мускулната система? Моля пояснете. <i>(Артрити, болести на гръбначния стълб, др.)</i>		Да	Не	15. Страдате ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от неуточнени заболявания? Моля пояснете. <i>(Коремни болки, гърчове, припадъци, световъртеж, постоянно главоболие, обща отпадналост, стрес, др.)</i>		Да	Не

16. Страдале ли в момента или страдали ли сте през последните 10 г. от психически смущения (напр. Депресия, опит за самоубийство, невроза)?	Да	Не	17. Бил ли сте хоспитализиран или опериран през последните 10 години?	Да	Не
18. Лекувате ли се в момента от някакво заболяване?	Да	Не	19. Предстои ли Ви скоро прием в болница или операция?	Да	Не
20. Съветван ли сте от лекар за бъдещо лечение (уточнете причината)?	Да	Не	21. Имали ли сте значителни промени в теглото (над +/-10 кг.) през последните 3 години?	Да	Не
22. Пушите ли?	Да	Не	23. Употребявате ли алкохол ежедневно?	Да	Не
Какво? От колко време?			Какъв вид?		
По колко на ден?			Какво количество?		
24. Претърпели ли сте злополука или заболяване, които са довели до трайна неработоспособност?	Да	Не	25. Работоспособен ли сте в момента?	Да	Не
26. Работили ли сте във вредна среда?	Да	Не	27. Данни за жени:		
Кога?			Вземате ли контрацептиви?	Да	Не
В продължение на колко време?			Бременна ли сте в момента?	Да	Не
При какви вредности?			Страдале ли от хронични гинекологични заболявания?	Да	Не

NB! При отговор „Да” на въпрос от № 4 до № 20 включително, задължително се дава подробна информация в таблицата по-долу.

МЯСТО, КЪДЕТО ДА ПОСОЧИТЕ ДОПЪЛНИТЕЛНАТА ИНФОРМАЦИЯ

Към въпрос №:	Вид заболяване/травма	Година на диагностициране	Допълнителна информация, терапия, период на възстановяване и др.

Декларирам истинността и точното и изчерпателно изброяване на посочените по-горе обстоятелства и данни и нося отговорност пред Застрахователя съгласно Общите условия по застраховката. Известно ми е, че при неотговарянето на въпрос от настоящата здравна декларация с цел укриване на определено обстоятелство, същото ще се счита за съзнателно премълчано или неточно обявено по смисъла на Общите условия по застраховката и Кодекса за застраховането.

Информиран съм, че всяко допълнение от моя страна към настоящата здравна декларация, извън посочените рамки, не се счита за част от същата.

Дата:/...../.....г.

Застрахован /Декларатор/:
(подпис)

ОЦЕНКА НА РИСКА (ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ)

Застраховач: Застрахователна премия за посочения пакет: Покритие за минали и хронични заболявания: Да Не	Ниво на покритие	Покрити рискове по договор/оферта						
		ИБ	ПБ	БП	РО	ЗГ	ВР	ДП
	Стандарт							
	Оптимум							
	Лукс							

Мнение на доверен лекар:

Подписваческо решение:

- Стандартен риск
 Завишение с 50%
 Завишение със 100%
 Отказ

Дата:/...../.....г.

Доверен лекар: /:
(подпис)