

ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ (ПРИ COMFORT(GDB), KOBZ, KHBZ)

Полица №: Застраховач:

Данни за контакт: Е-mail: Телефон:

Застраховано лице: Дата на раждане:

Професия/Занятие в момента:

1. Страдате ли от болести, наранявания, претърпели ли сте операция, били ли сте хоспитализирани, подлагали ли сте се на лечение? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
2. Нетрудоспособни ли сте временно или трайно в момента? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
3. Имате ли някакъв телесен недъг? Определен ли Ви е въз основа на това процент трайно загубена или намалена работоспособност? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
4. Имали ли сте през последните 5 години патологични находки (при изследвания на кръв, урина, ЕКГ и рентген, измерване на кръвното налягане и др.)? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
5. Правили ли сте си тест за СПИН? Ако да, кога и какъв е резултатът?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
6. Подлагали ли сте се през последните 5 години на изследвания, операции, лечение или терапия? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
7. Други важни данни и навици: а) Пушите ли? Колко цигари дневно?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
б) Пиете ли алкохол? Какъв и колко?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
в) Употребявате ли сега или употребявали ли сте някога наркотични средства?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
г) Лекували ли сте се от алкохолизъм или друга зависимост (лекарствена, наркотична и др.)? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
д) Вземате ли или вземали ли сте редовно лекарства? Какви?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
е) Вашият ръст и тегло: см кг	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
8. Страдали ли сте през последните 10 години или страдате ли в момента от следните болести: а) болести на сърцето и кръвоносните съдове, например: вроден или придобит порок на сърцето, стенокардия (Angina pectoris), сърдечен инфаркт или друга форма на сърдечно заболяване, хипертония, нарушения на сърдечния ритъм, флебит или тромбоза и др.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
б) болести на дихателните пътища, например: бронхит, хроничен бронхит, пневмония, бронхиална астма, заболявания на гърлото и др.?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
в) болести на храносмилателната система, например: гастрит, язва на стомаха или дванадесетопръстника, кървене от храносмилателния тракт, възпаления или други функционални заболявания на червата, тумори или злокачествени заболявания, заболявания на черния дроб – хепатит, цироза и др., заболявания на жлъчката и жлъчните пътища, на задстомашната жлеза?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

<p>г) болести на пикочно-половата система, например: възпаление на бъбреците и бъбречните канали, камъни в бъбреците, камъни в пикочния канал или пикочния мехур, отстраняване на бъбрек, вродени малформации (аномалии) на бъбреците и урогениталния тракт, нарушаване на функциите на бъбреците, възпаления или тумори на простатата, тестисите и др?</p> <p>д) болести на нервната система и психически заболявания, например: възпаления и дегенеративни заболявания, парези, парализи, епилепсия и др., психози, депресии, шизофрения, опит за самоубийство и др.?</p> <p>е) болести на опорно-двигателната система, например: ревматични заболявания, дегенеративни заболявания на ставите и гръбначния стълб, операции на гръбначния стълб, заболявания на менискуса и други, затруднения на движението?</p> <p>ж) заболявания на метаболизма и ендокринната система, например: нарушения на мастната обмяна, холестерол, триглицериди, пикочна киселина – подагра, диабет, заболявания на щитовидната жлеза и др.?</p> <p>з) болести на кръвта и кръвосъсирването, например: левкемия, хеморагична диатеза (спонтанно кървене), хемофилия и др.?</p> <p>и) заболявания на органите на зрението, слуха и другите сетива?</p> <p>й) заболявания на имунната и лимфната система, например: СПИН, лимфоми? Състояния на имунен дефицит вследствие лечение с кортизон, химиотерапия или имунотерапия?</p> <p>к) заболявания на гърдите (при жени)?</p> <p>(При отговор ДА, моля, приложете документи)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p>
<p>9. Имали ли сте през последните 10 години или имате ли сега следните болести, състояния и здравословни смущения:</p> <p>а) тумори или злокачествени заболявания (карцином) от какъвто и да било вид?</p> <p>б) остри или хронични заразни и други инфекциозни болести (туберкулоза, хепатит А, сифилис, малария, хепатит В и С, СПИН)?</p> <p>в) мозъчен удар, множествена склероза, психоорганичен синдром или други неврологични заболявания?</p> <p>г) здравословни нарушения вследствие на минали заболявания, отравяния, злополуки, наранявания и др.?</p> <p>д) алергии, значителна загуба на тегло и здравословни проблеми, неспоменати по-горе?</p> <p>(При отговор ДА, моля, приложете документи)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p>
<p>10. Има ли сред близките Ви роднини (родители и деца) диабет, заболявания на сърцето и кръвообращението, инсулти, заболявания на бъбреците, злокачествени тумори, множествена склероза, тежки психически заболявания или други наследствени заболявания, проявени преди навършване на 65-годишна възраст?</p> <p>(При отговор ДА, моля, посочете: роднинска връзка, заболяване, възраст на диагностициране)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не</p>
<p>11. Посочете името и адреса на Вашия личен лекар и наименованието на болничното заведение:</p> <p>.....</p>	

Декларирам, че съм отговорил на въпросите пълно и вярно.

.....
дата/място

.....
подпис на Застрахованото лице