

ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ

Полица №:

Застраховач:

Адрес: Тел.

Застраховано лице: Дата на раждане:

Професия/Занятие в момента:

Страдате ли от болести, наранявания, претърпели ли сте операция, били ли сте хоспитализирани, подлагали ли сте се на лечение? Ако да, колко дълго, къде и от кого сте лекувани?	Да Какви?	Не
Правен ли Ви е тест за СПИН? Резултат?	Да	Не
Лекувани ли сте с облъчване и радиоактивни елементи?	Да	Не
Данни за съществуващи заболявания, недъзи (напр. сърдечно-съдови, белодробни, стомашно-чревни, (авто)имунни, нервни, душевни, ракови заболявания, диабет, кръвно налягане, инвалидност)	Да	Не
Данни за постоянна употреба на алкохол, цигари, наркотици или приемане на медикаменти	Да	Не количество дневно:
Домашен лекар или лекуващ лекар, при който сте били на лечение последно:	Име и адрес:	
Вашите ръст и тегло:	см.....	кг

Декларирам, че съм отговорил на въпросите пълно и вярно.

.....
дата/място

.....
подпис на Застрахованото лице