

ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ (ПРИ LIFE/CLASSIC+/RISK LIFE, SAVE, FAMILY/PARTNER, PROFIT И START ПРИ НАЛИЧИЕ НА 3.12)

Полица №: Застраховач:

Данни за контакт: Е-mail: Телефон:

Застраховано лице: Дата на раждане:

Професия/Занятие в момента:

Страдате ли от болести, наранявания, претърпели ли сте операция, били ли сте хоспитализирани, подлагали сте се на лечение? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Правен ли Ви е тест за СПИН? Ако да, кога и какъв е резултатът?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Лекувани ли сте с облъчване и радиоактивни елементи? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Имате ли съществуващи заболявания и/или недъзи (напр. сърдечно-съдови, белодробни, стомашно-чревни, (авто)имунни, нервни, душевни, ракови заболявания, диабет, хипертония, трайно загубена или намалена работоспособност)? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Употребявате ли алкохол, цигари, наркотици, приемате ли лекарства? При отговор ДА, моля, посочете количество дневно:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Вашите ръст и тегло: см кг.....	
Домашен лекар или лекуващ лекар, при който сте били на лечение последно: Име и адрес:.....	

Декларирам, че съм отговорил на въпросите пълно и вярно.

.....
дата/място

.....
подпис на Застрахованото лице

ДОПЪЛНИТЕЛНА ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ ПРИ GRAWE START ЗА ДЕТЕТО

Застраховано лице (дете): Дата на раждане:

Застрахованото лице претърпявало ли е някога злополука, нараняване или отравяне? Ако има трайно загубена или намалена работоспособност, за какво е тя и в какъв процент е? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Застрахованото лице някога боледувало ли е, претърпявало ли е някога хирургическа намеса, подлагало ли се е на лечение, било ли е под лекарско наблюдение? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

Декларирам, че съм отговорил на въпросите пълно и вярно.

.....
дата/място

.....
подпис на Родител/настойник на
Застраховано лице (дете)