

## 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 Не Какви?
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, 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