



ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ

(при застраховки Живот със застрахователно покритие при настъпване на определено тежко заболяване, тарифа GDB1)

Полица №:

Застраховач:

Адрес: Тел.

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? Ако да, колко дълго, къде и от кого сте лекувани? | Да | Не |
| 2. Нетрудоспособни ли сте временно или трайно в момента и ако да защо? | Да | Не |
| 3. Имате ли някакъв телесен недъг? Определена ли Ви е въз основа на това група инвалидност? Ако да, коя и за какво? | Да | 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.)? | Да | Не |
| 5. Правили ли сте си тест за СПИН? Ако да, кога и какъв е резултатът? | Да | Не |
| 6. Подлагали ли сте се през последните 5 години на изследвания, операции, лечение или терапия? | Да | Не |
| 7. Други важни данни и навици? а) Пушите ли? Колко цигари дневно? _____ б) Пиете ли алкохол? Какъв и колко? _____ в) Употребявате ли сега или употребявали ли сте някога наркотични средства? г) Лекували ли сте се от алкохолизъм или друга зависимост (лекарствена, наркотична и др.)? д) Вземате ли или вземали ли сте редовно лекарства? Какви? _____ е) Вашият ръст и тегло | Да Да Да Да Да | Не Не Не Не 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.)? б) болести на дихателните пътища, например: бронхит, хроничен бронхит, пневмония, бронхиална астма, заболявания на гърлото и др.? 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? | Да Да Да | Не Не Не |

| | | |
|--|-----------------------|----|
| 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 простата, тестисите и др? | Да | Не |
| 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.? | Да | Не |
| е) болести на опорно-двигателната система, например: ревматични заболявания, дегенеративни заболявания на ставите и гръбначния стълб, операции на гръбначния стълб, заболявания на менискуса и др., затруднения на движението? | Да | Не |
| ж) заболявания на метаболизма и ендокринната система, например: нарушения на мастната обмяна, холестерол, триглицериди, пикочна киселина – подагра, диабет, заболявания на щитовидната жлеза и др.? | Да | Не |
| з) болести на кръвта и кръвосъсирването, например: левкемия, хеморагична диатеза (спонтанно кървене), хемофилия и др.? | Да | Не |
| и) заболявания на органите на зрението, слуха и другите сетива? | Да | Не |
| й) заболявания на имунната и лимфната система, например: СПИН, лимфоми? | Да | Не |
| к) заболявания на гърдите (при жени)? | Да | Не |
| 9. Имали ли сте през последните 10 години или имате ли сега следните болести, състояния и здравословни смущения: | | |
| а) тумори или злокачествени заболявания (карцином) от какъвто и да било вид? | Да | Не |
| б) остри или хронични заразни и други инфекциозни болести (туберкулоза, хепатит А, сифилис, малария, хепатит В и С, СПИН)? | Да | Не |
| в) мозъчен удар, множествена склероза, психоорганичен синдром или други неврологични заболявания? | Да | Не |
| г) здравословни нарушения вследствие на минали заболявания, отравяния, злополуки, наранявания и др.? | Да | Не |
| д) алергии, значителна загуба на тегло и здравословни проблеми, неспоменати по-горе? | Да | Не |
| 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? | Да | Не |
| 11. Посочете името и адреса на Вашия личен лекар и наименованието на болничното заведение: | Име и адрес: | |
| Моля, посочете тук изчерпателни сведения по всички въпроси, на които по-горе е отговорено с „ДА” (Вид на заболяването, усложнения? Резултат? Последници? Име, фамилия, адрес на лекаря или болницата?) | | |
| | | |
| | | |

Декларирам, че съм отговорил на въпросите пълно и вярно.

.....
дата/място

.....
подпис на Застрахованото лице