

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

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)	Да	Не
Правен ли Ви е тест за СПИН? Ако да, кога и какъв е резултатът?	Да	Не
Лекувани ли сте с облъчване и радиоактивни елементи? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	Да	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)	Да	Не
Употребявате ли алкохол, цигари, наркотици, приемате ли лекарства? При отговор ДА, моля, посочете количество дневно:	Да	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)	Да	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)	Да	Не

Декларирам, че съм отговорил на въпросите пълно и вярно.

.....
дата/място

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