

ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ (ПРИ COMFORT(GDB), KOBZ, KHBZ)

Полица №: Застраховач:

Данни за контакт: Е-mail: Телефон:

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? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	Да	Не
2. Нетрудоспособни ли сте временно или трайно в момента? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	Да	Не
3. Имате ли някакъв телесен недъг? Определен ли Ви е въз основа на това процент трайно загубена или намалена работоспособност? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	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.)? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	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? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	Да	Не
7. Други важни данни и навици: а) Пушите ли? Колко цигари дневно?	Да	Не
б) Пиете ли алкохол? Какъв и колко?	Да	Не
в) Употребявате ли сега или употребявали ли сте някога наркотични средства?	Да	Не
г) Лекували ли сте се от алкохолизъм или друга зависимост (лекарствена, наркотична и др.)? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	Да	Не
д) Вземате ли или вземали ли сте редовно лекарства? Какви?	Да	Не
е) Вашият ръст и тегло: см кг		
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.)?	Да	Не
б) болести на дихателните пътища, например: бронхит, хроничен бронхит, пневмония, бронхиална астма, заболявания на гърлото и др.?	Да	Не
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	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 простатата, 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 други, 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? Състояния на имунен дефицит вследствие лечение с кортизон, химиотерапия или имунотерапия?	Да	Не
к) заболявания на гърдите (при жени)? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	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? (При отговор ДА, моля, приложете документи)	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? (При отговор ДА, моля, посочете: роднинска връзка, заболяване, възраст на диагностициране)	Да	Не
11. Посочете името и адреса на Вашия личен лекар и наименованието на болничното заведение:		

Декларирам, че съм отговорил на въпросите пълно и вярно.

.....
дата/място

.....
подпис на Застрахованото лице