EUROINS
MEMBER OF EUROHOLD

ПОЛИЦА № | | | | | | | | | | | | | | | |

ЛИЧНА ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ

Кандидат за застраховане:_____

ЕГН:_____, моб. тел.: _____, e-mail: _____

Адрес: _____

Професия: _____, тегло (кг.): _____, ръст (см.): _____

Личен лекар:_____, тел.: _____

Моля отговорете на следните въпроси, като оградите верния отговор. В случай че на някой от въпросите отговорите с ДА, моля направете подробно описание, както и подчертайте заболяването, което се отнася за Вас.

Бил ли сте застрахован през последните 3 години? В коя компания? _____	ДА	НЕ
Боледувал ли сте за повече от един месец през последните 5 (пет) години и от какво? Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
Приемате ли (имате ли нужда от) някакви лекарства в момента? Моля, опишете какви: _____ _____	ДА	НЕ
Боледувал ли сте някога и/или боледувате ли в момента от някое от следните заболявания, включително професионални (посочете година):		
• **Болести на дихателната система:** хронична кашлица, бронхит, астма, пневмония, плеврит, емфизем на белия дроб, силикоза, ехинокок на белия дроб, белодробна туберкулоза, и/или други? Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
• **Болести на сърцето и кръвоносните съдове:** ниско кръвно налягане, високо кръвно налягане, инфаркт, атеросклероза, тромбемболии, сърдечен порок, разширени вени, хемороиди, болест на Бюргер, и/или други? Моля, опишете: _____	ДА	НЕ
• **Болести на храносмилателната система и чернодробно-жлъчната система:** хепатит, цироза на черния дроб, панкреатит, езофагит, гастрит, язва на стомаха и дванадесетопръстника, полипи, хроничен колит, жлъчно-каменна болест, холецистит, и/или други? Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
• **Болести на отделителната и половата система:** хроничен пиелонефрит, гломерунефрит, кисти на бъбреците, бъбречно-каменна болест, бъбречна недостатъчност, цистит, аднексит, кисти на яйчниците, миома на матката, аденом на простатата, и/или други? Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
• **Болести на нервната система:** травми на нервната система и главата, комоцио, радикулит, неврити, плексит, дископатия, дискова херния, мигрена, световъртеж, припадъци, епилепсия, болест на Паркинсон, детски паралич, парализа, менингоенцефалит, инсулт, множествена склероза, и/или други? Моля, опишете:_____ _____	ДА	НЕ
• **Болести на кожата и подкожието:** екземи, гъбични инфекции, микози на нокти, кожно-венерически болести, псориазис, косопад, акне, витилиго, себорея, липоми, атероми, невуси, брадавици, кокоши трън, козметични дефекти, и/или други? Моля, опишете: _____	ДА	НЕ
• **Болести на ушите, носа и гърлото:** нарушения във вестибуларния апарат, нарушения на слуха, отит, синузит, хроничен фарингит, заболяване на сливиците, сенна хрема, и/или други? Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
• **Болести на очите:** късогледство, далекогледство, астигматизъм, глаукома, катаракта, чести конюнктивити, и/или други? Моля, опишете: _____ Моля, посочете диоптрите: късогледство (за далече): дясно око _____ ляво око _____ далекогледство (за близо): дясно око _____ ляво око _____	ДА	НЕ
• **Болести на обмяната:** диабет, подагра, нарушена функция на щитовидната жлеза, хипофизата или панкреаса, акромегалия, адисонова болест, затлъстяване, остеопороза и/или други? Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
• **Болести на кръвта, кръвоотворните органи и имунната система:** анемия, левкоза, хемофилия, лимфоми, нарушения в коагулацията, лупус еритематодес, алергии, автоимунно заболяване, и/или други? Моля, опишете:____ _____	ДА	НЕ
• **Болести на мускулно-скелетната система:** артрит, шипове, лумбаго, ревматизъм, ревматоидни артрити, Бехтерев, и/или други? Моля, опишете: _____	ДА	НЕ
• **Инфекциозни и паразитни заболявания:** СПИН (или серопозитивен), вирусен хепатит, чревни паразитози, малария, тиф, сепсис, червен вятър, инфекциозен менингит, тропически болести, ехинококоза, туберкулоза, ТОРС, птичи грип, и/или други? Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ

EUROINS
MEMBER OF EUROHOLD

ПОЛИЦА № | | | | | | | | | | | | | | |

• **Психични болести и нарушения:** страхова невроза, анорексия, булимия, умствени или други функционални нервни разстройства, депресия, психоза, и/или други? Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
• **Доброкачествени или злокачествени тумори, кисти, и/или други подобни образувания? Къде?** Моля, опишете: _____	ДА	НЕ
• **Имате ли установени вродени заболявания, аномалии или дефекти?** Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
• **Имате ли хронични заболявания или заболявания с дълготраен характер? От колко време?** Моля, опишете:___ _____	ДА	НЕ
• **Имал ли сте/имате ли травматично увреждане?** Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
Правени ли са Ви операции? Диагноза. Година. Моля, опишете:_____ _____	ДА	НЕ
Постъпвал ли сте в болница или санаториум? Диагноза. Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
Имате ли някаква степен на инвалидност? Моля, посочете причина и процент трайно намалена работоспособност: _____	ДА	НЕ
Лекуван ли сте от и/или имате ли зависимост към алкохол, наркотици и/или други вещества или медикаменти? Употребявате ли анаболни хормони? Моля, опишете: _____	ДА	НЕ
Имате ли хобита (нетрудова активност), участвате ли в спортни състезания, дейности или мероприятия с експериментална или научно-изследователска цел? Моля, опишете: _____ _____	ДА	НЕ
Допълнителни въпроси към жените:		
• Бременна ли сте? В кой лунарен месец?	ДА	НЕ
• В климакс ли сте? От колко време?	ДА	НЕ

Долуподписаният, в качеството си на кандидат за застраховане / законен представител на кандидата за застраховане, декларирам, че:

1. Съм / малолетното лице, за което съм попълнил тази декларация е в добро физическо и психическо здраве.
2. Разбирам смисъла на въпросите в настоящата декларация и дадените от мен отговори и данни са коректни, изчерпателни и отразяват действителното ми здравословно състояние.
3. Ми е известно, че при укриване или даване на неверни данни, „ЗД ЕВРОИНС“ АД има право да откаже изплащане на застрахователно обезщетение, да прекрати или да измени застрахователния договор.
4. Давам съгласието си „ЗД ЕВРОИНС“ АД да обработва и съхранява в качеството му на администратор на лични данни, съгласно Закона за защита на личните данни, предоставената от мен информация, както и при настъпване на застрахователно събитие да изисква и получава цялата медицинска документация във връзка със здравословното ми състояние (здравословното състояние на малолетното лице, за което съм попълнил тази декларация) от всички лица, съхраняващи такава информация, включително съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето.
5. Съм информиран, че застрахователят може да изисква и друга информация, необходима за оценка на застрахователния риск като, но не само: лична амбулаторна карта, епикризи, решение на ТЕЛК/НЕЛК, медицинско удостоверение за здравно състояние от личния лекар.
6. Собственоръчно и по собствена воля съм попълнил и подписал настоящата декларация.

Дата: _____

Гр./с._____

Кандидат за застраховане: _____
(подпис)

Законен представител на
кандидата за застраховане: _____
(подпис)

* Личната декларация за здравно състояние се попълва и подписва лично от кандидата за застраховане, като за дете до 14 години се попълва и подписва от законните му представители, а между 14 и 18 години – се преподписва от законните му представители.