

ВЪПРОСНИК ЗА РАННО ОТКРИВАНЕ НА СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

ДАННИ:

Кандидат ЕГН
 Адрес: Моб.тел.: e-mail:
 Име на личен лекар

ВЪПРОСИ:

Възраст г Ръст см Тегло в кг кг Хранене бр. дневно Стрес Не Да
 Тютюнопушене Не Да Ако Да, от колко години? Употреба на алкохол ежедневно Не Да

1. Упражнявате ли спорт? Ако Да, какъв и колко често?

Не Да

2. Свързана ли е работата Ви със седене? Ако Да, колко време прекарвате седнал през деня?

Не Да

3. Имате ли установени вродени аномалии, малформации? Ако Да, какви?

Не Да

4. Имате ли придобити увреждания вследствие на претърпяна злополука? Ако Да, какви?

Не Да

5. Определяна ли Ви е % инвалидност от ТЕЛК(НЕЛК)? Ако Да, кога, за какво и колко %?

Не Да

6. Имате ли диагностицирано хронично заболяване? Ако Да, какво?

Не Да

7. Правена ли Ви е, или препоръчана операция? Ако Да, кога? За какво?

Не Да

8. Лекувани ли сте повече от 30 дни през последните 2 години? Ако Да, от какви болести? Къде е провеждано лечението?

Не Да Болница Домашно лечение

9. Употребявате ли медикаменти? Ако Да, по каква причина? Какви?

Не Да

10. Имате ли алергии и/или аутоимунни заболявания? Ако Да, какви?

Не Да

11. Имате ли или имали ли сте ортопедични заболявания (счупвания на костите, травми на стави и връзки на ставния апарат, вложени остеосинтезни материали и импланти и т.н.)? Ако Да, какви?

Не Да

Ако Ви е или Вашите родители, баби, дядовци, братя, сестри или деца боледувате или имате някое от изброените по-долу заболявания, моля отбележете. Ако маркирате отговор Да, че някой от изброените родственници, са с установени такива, моля опишете кой е.

12. Имате ли или имали ли сте заболявания на сърдечно-съдовата система (хипертония, стенокардия, исхемия, инфаркт, ангина пекторис и т.н.)? Ако Да, какво точно?

Не Да Роднина -

13. Страдате ли или страдали ли сте от заболяване на дихателната система (хроничен бронхит, емфизем, бронхиална астма, туберкулоза, професионално белодробно заболяване и т.н.)? Ако Да, какво?

Не Да Роднина -

14. Страдате ли от заболявания на ендокринната система (захарен диабет, болести на щитовидната жлеза, болести на хипофизата и т.н.)? Ако Да, какво?

Не Да Роднина -

15. Имате ли или имали ли сте заболявания на нервната система (дископатии, дискови хернии, травми на мозъка, главата или гръбнака, инсулти, парези, епилепсия, радикулит, полиневропатии и т.н.)? Ако Да, какво?

Не Да Роднина -

16. Имате ли или имали ли сте от заболявания на отделителната система (бъбречно каменна болест, хронична бъбречна недостатъчност, пиелонефрит, гломерулонефрит и т.н.)? Ако Да, какво?

Не Да Роднина -

17. **За Жени** - Имате ли или имали ли сте гинекологични заболявания (миома, тежки кръвотечения, заболяване на шийката на матката, яйчникови кисти, овариална дисфункция, болести на млечните жлези и т.н.)? Ако Да, какви?

Не Да Роднина -

18. **За Мъже** - Имате ли или имали ли сте заболявания на половата система (хипертрофия на простатата, карцином на простатата, заболявания на тестисите и т.н.)? Ако Да, какви?

Не Да Роднина -

19. Имате ли роднина диагностициран и боледувал от онкологично заболяване? Ако Да, кой и от какви онкологични заболявания?

Не Да

Декларирам, че съм отговорил пълно, изчерпателно и вярно на поставените по-горе въпроси и съм съгласен, тази информация да служи за оценка на риска по застраховката. Известно ми е, че при неотговарянето на въпрос от настоящата здравна декларация с цел укриване на определено обстоятелство, същото ще се счита за съзнателно премълчано или неточно обявено по смисъла на Общите условия по застраховката и Кодекса за застраховането. Съгласен съм „ЗД Евроинс“ АД да извършва проверки при личния ми лекар и в други лечебни заведения, както и да получава копие от медицински документи, свързани със здравословното ми състояние от всички институции и лица, съхраняващи такава информация. Давам изричното си съгласие Застрахователят да обработва предоставените от мен лични данни, да изисква и получава от трети лица мои лични данни, обработвани от тях в качеството им на администратори, да предоставя личните ми данни на трети лица.

Дата

ДЕКЛАРАТОР

(кандидат за застраховане)

(име и подпис)