



ЛИЧНА ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ

ИМЕ НА КАНДИДАТА:	
ЕГН:	<input type="text"/>

ВЪПРОСИ ЗА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ Попълва се от кандидата за застраховане	(Моля, подчертайте в текста и/или оградете с кръгче правилния отговор)
1. Телесно тегло: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Височина: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. Освободени ли сте от военна служба (за мъже)?	ДА НЕ
3. Имате ли кръвни родственици, починали внезапно или боледуващи преди 50-годишната си възраст от инфаркт, гръдна жаба, високо кръвно налягане, диабет, язва, психични или други заболявания? Кой: _____ Кога: _____	ДА НЕ
4. Чувствате ли се здрави?	ДА НЕ
5. Боледували ли сте за повече от един месец през последните 5 години и от какво:	ДА НЕ
6. Боледували ли сте от някое от тези заболявания:	ДА НЕ
6.1. Болести на дихателните органи: пневмонии, плеврити, белодробна туберкулоза, хронична кашлица, бронхити, астма, ефизем на белия дроб, силикоза, ехинокок на белия дроб.	ДА НЕ
6.2. Болести на сърцето и кръвоносните съдове: сърдечни дефекти, сърдечни заболявания, сърдечни атаки, високо (ниско) кръвно налягане, болести на вените, инфаркт, атеросклероза на съдовете, емболии и Бюржер.	ДА НЕ
6.3. Болести на храносмилателната система: стомах, черва, черен дроб, жлъчка, хепатит, панкреатит, язви на стомаха и дванадесетопръстника, полипи, цироза на черния дроб и други	ДА НЕ
6.4. Болести на отделителната и половата системи: кървене, бъбречни заболявания, кисти на бъбреците, аборти, простатити, аднексити, пясък (камъни), туберкулоза на бъбреците или половите органи, и други	ДА НЕ
6.5. Болести на нервната система: главоболие, припадъци, гърчове, треперене, световъртене, вродени заболявания или травми на нервната система и главата, детски паралич, неврити, плексити, менингоенцефалит и др.	ДА НЕ
6.6. Болести на кожата и органите на осезанието: екземи, други обриви, кожен рак, кожна туберкулоза, склеродермия - Имате ли проблеми с виждането и чуването, прекарвали ли сте заболявания на очите и ушите?	ДА НЕ
- Имате ли необходимост от корекции – очила, лещи, слухов апарат?	ДА НЕ
6.7. Прекарвали ли сте инфекциозни болести: червен вятър, дифтерит, чести тонзилити, тиф, сепсис, инфекциозен хепатит, СПИН (или серопозитивен), инфекциозни менингити, малария, тропически болести?	ДА НЕ
- Болести на костите: шипове, лумбаго, артрит, ревматизъм, ревматоидни артрити, Бехтерев?	ДА НЕ
6.8. Болести на обмяната: диабет, гуша, микседем, акромегалия, Адисонова болест, затлъстяване?	ДА НЕ

6.9. Кръвни заболявания: анемии, левкози, хемофилия, алергии, витаминна недостатъчност.	ДА	НЕ		
6.10. Тумори (доброкачествени и злокачествени)?	ДА	НЕ		
6.11. Боледували ли сте (боледувате ли) от други, неупоменати заболявания?	ДА	НЕ		
6.12. Правени ли са Ви операции – кога и за какво?	ДА	НЕ		
6.14. Смятате ли, че има основания да се подложите на хирургическа операция в бъдеще?	ДА	НЕ		
6.15. Лекувани ли сте с изотопи, рентгенови лъчи?	ДА	НЕ		
7. Въпроси към жените:				
7.1. Имате ли болести на половите органи?	ДА	НЕ		
7.2. Имате ли болести на млечните жлези?	ДА	НЕ		
7.3. Бременна ли сте? Ако ДА, кой лунарен месец _____	ДА	НЕ		
7.4. Ако ДА – нормална ли е бременността?	ДА	НЕ		
8. Употребявате ли алкохол редовно? Ако ДА, какви количества? _____	ДА	НЕ		
Пушите ли? Ако ДА - какво? (цигари / пури / лула, колко бр. дневно _____)	ДА	НЕ		
9. Моля опишете ДЕТАЙЛНО, ако отговорите с НЕ на въпрос 4 и с ДА на въпросите от 5 до 7.				
Отговори на въпрос	Какви болести, неразположения, усложнения?	Кога? Колко често? Колко продължително?	Резултат	Лекуващи лекари (адрес, телефон), здравно заведение, кабинет

Долуподписаният декларирам, че попълнените от мен данни са верни и отразяват действителното ми здравно състояние. Приемам лекар на застрахователя да извърши проверка на достоверността.

Известни са ми правните последици, отразени в Общите условия за „Медицинска застраховка“, в случай на невярно или неточно попълнени данни в настоящата декларация.

Известно ми е, че Личната декларация за здравословното състояние е неразделна част от застрахователната полица за «Медицинска застраховка».

Дата на попълване: _____ Подпис на кандидата за застраховане: _____

Заклучение на Дирекция „Медицински дейности“(попълва се от „ЗК Медико-21“АД):

Кандидатът за застраховане **се приема за застраховане при стандартни условия:** да

Кандидатът за застраховане **не се приема** за застраховане поради висок застрахователен риск: да

Кандидатът за застраховане се приема за застраховане **при утежнен риск%:** да

Дата:

Завеждащ „Медицински дейности“: