

Алианц България Живот

Застрахователно акционерно дружество

Приложение

към заявление за сключване на медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors“

адрес: 1527 София, бул. Княз Ал. Дондуков 59
тел/факс: 930 22 00, e-mail: life@allianz.bg; www.allianz.bg

III. Застрахован:

Име

Мъж Жена Възраст: г. Гражданство:

Лични данни л.к. / л.п. изд. на от ЕГН /ЛНЧ

Дата и място на раждане: Семейно положение

Адрес:

Телефон, факс, ел.поща:

Професия, занятие, месторабота:

Лична здравна декларация на кандидата за застраховане

Посочете името, адреса и телефона на Вашия личен лекар:

1. През последните 10 години бил/а ли сте диагностициран/а или лекуван/а във връзка с някое от следните заболявания?

- A. Някаква форма на злокачествено новообразование, левкемия, болест на Ходжкин, лимфом, сарком или меланом да не
- B. Някакви преинвазивни лезии, гранични тумори, дисплазия, увеличаване на простатата или повишен туморен маркер в кръвта (PSA), отклонения в резултатите от цитонамазка или мамография; хипертиреоидизъм; наличие на полипи на дебелото или тънкото черво и/или стомаха, някакви кървящи или болезнени бенки или лунички, или такива, които са с променен цвят или размер, за които все още провеждате лечение или сте под наблюдение да не
- C. Някакви болести на кръвта или вродени имунни заболявания, нуждаещи се от лечение в продължение на повече от един месец, които изискват редовно или продължително лечение, различно от спазване на специална диета (например апластична анемия, лимфом, левкемия, миелом, миелодиспластичен синдром, сърповидно клетъчна анемия, таласемия) да не
- D. Някаква форма на:
• Тумор, бучка, киста или
• Съдово или циркулаторно състояние, включително мозъчен инсулт, преходни исхемични атаки, мозъчен кръвоизлив (кървене), аномалии на кръвоносните съдове (артерио-венозни малформации, аневризми, тромб или ембол в мозъка) да не
- E. Някаква форма на заболяване на сърцето (включително инфаркт, ангина пекторис, заболяване на съдовете на сърцето, заболяване на сърдечните клапи, сърдечни шумове или ревматична треска, сърдечна недостатъчност, хипертрофия на сърцето или кардиомиопатия (можете да отговорите с „не“, ако се лекувате само за повишено кръвно налягане и/или повишен холестерол) да не
- F. Диабет (Можете да отговорите с „не“, само ако се касае за гестационен диабет) да не
- G. Хронично заболяване, засягащо бъбречната функция, диализа, чернодробна цироза или хронична бъбречна недостатъчност да не
2. Имате ли роднини (родители, братя или сестри), страдали преди 50-годишна възраст от: сърдечно-съдово заболяване (инфаркт, направен байпас, инсулт), поликистична болест, рак на червата, млечната жлеза, дебелото черво, яйчника, простатата, меланом, на панкреаса или бъбрека? да не
3. Страдате ли в момента или страдал/а ли сте през последните 6 месеца от постоянни или повторящи се симптоми* и/или признаци, които все още не са изследвани? (включително бучка в гърдите или тестисите, ректално кървене, кръв в урината, необичайна кашлица, жълтеница, необяснима загуба на тегло, главоболия с нарастваща честота, проблеми със зрението, със слуха или говорни затруднения, слабост на крайниците, гърчове, припадъци, отклонения в лабораторните резултати на проведени кръвни изследвания) да не
4. Имате ли насрочен преглед при лекар или в болница, където симптомите* и/или находките да бъдат допълнително изследвани, или очаквате ли резултати от прегледи и изследвания? да не
5. Имате ли проведено или насрочено изследване Ядрено магнитен резонанс на млечната жлеза през последните 12 месеца? да не
6. Имал/а ли сте или препоръчвана ли Ви е органна трансплантация? Включен/а ли сте в листата на чакащи за органна трансплантация? да не

*** Ако в момента провеждате диагностични тестове, необходимо е да изчакате резултатите от тях, за да отговорите точно и изчерпателно на въпросите.**

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. Уведомен съм, че ЗАД „Алианц България Живот“ не носи отговорност при претенция за заболяване, травма или смърт, причината за които ми е била известна преди сключването на застраховката и е била съзнателно укрита или неточно обявена от мен в настоящата декларация. Съгласен съм който и да е лекар, медицинска сестра, болничен служител или работодател, НЗОК или РЗОК да представя на ЗАД „Алианц България Живот“ всякаква информация за моето здравословно състояние. Декларирам, че съм получил копие от настоящото заявление и приемам поясненията към него, представяващи информацията по чл. 324 от Кодекса за застраховането. Декларирам, че съм запознат с и приемам Общите условия по медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors“ на ЗАД „Алианц България Живот“, актуални към датата на сключване на застраховката.

Съобщение за защита на личните данни

Ние се грижим за защитата на личните Ви данни

ЗАД „Алианц България Живот“ е част от Алианц Груп, един от световните лидери в застраховането. Ние сме застрахователно дружество, лицензирано в България, което предоставя животозастрахователни продукти и услуги (включително с покритие извън страната). Защитата на Вашите лични данни е основен приоритет за нас. Пълният текст на Съобщението ни за защита на личните данни (Privacy notice) се намира на нашата интернет страница www.allianz.bg. То има за цел да Ви информира какви Ваши лични данни събираме, защо са ни необходими, по какъв начин ще бъдат използвани и на кого ще бъдат разкрити. Прочетете това Съобщение внимателно. Ако имате допълнителни въпроси, свързани с Вашите лични данни, винаги можете да се свържете с нас чрез посочените в Съобщението форми за контакт.

Град Подпис на кандидата за застраховане:
Дата

Приложение към заявление №

Allianz 