

ЛИЧНА ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ НА КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

Име/Презиме/Фамилия.....ЕГН:

Постоянен адрес (вкл. държава):

e-mail:..... Телефон:

Имате ли в момента или имали ли сте през последните 10 години някои от следните заболявания, които да са налагали болнично или друг вид лечение, проследяване, наблюдение от медицински специалист или диагностициране на потенциални симптоми за някое от следните състояния: (да / не)

№	ВЪПРОСИ	ОТГОВОРИ
1.	Всяка форма на рак, левкемия, болест на Ходжкин, лимфом, сарком или меланом?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
2.	Всякакви преканцерози (предракови състояния) лезии; гранични тумори; дисплазия; уголемяване на простатата или повишен туморен маркер в кръвта (PSA); патологични промени по маточната шийка или промени в млечните жлези; хипертиреоидизъм, наличие на полипи в дебелото черво, тънко черво и/или стомаха. Всяка бенка или лунички, които са станали обезкървени, болезнени, с променен цвят или с увеличен размер от които не сте се възстановили напълно и изискват наблюдение и проследяване?;	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
3.	Всяко нарушение на кръвните показатели или наследствени имунни заболявания, нуждаещи се от лечение в продължение на повече от един месец, като лечението е различно от специална диета (например апластична анемия, лимфом, левкемия, миелом, миелодиспластичен синдром, сърповидноклетъчна анемия, таласемия)?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
4.	Всеки вид тумор, бучка, киста в/или около мозъка или: - патологични промени на кръвоносните съдове, включително инсулт - преходна исхемична атака (ТИА) - мозъчен кръвоизлив (кървене) - аномалии на кръвоносни съдове (артериовенозна малформация, аневризъм, тромб или ембол в мозъка) в или около мозъка.	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
5.	Всяка форма на сърдечно заболяване (включително инфаркт, ангина пекторис, промени на коронарните съдове, нарушения на сърдечните клапи, сърдечни шумове или ревматизъм, сърдечна недостатъчност, уголемяване на сърцето или кардиомиопатия). Може да отговорите с НЕ ако се лекувате само за повишено кръвно налягане и/или висок холестерол;	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
6.	Диабет. (Можете да отговорите с НЕ, ако се лекувате само за гестационен диабет)?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
7.	Хронична бъбречна недостатъчност, диализа, чернодробна цироза или хронична чернодробна недостатъчност?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
8.	Има ли някой от вашите родители, братя или сестри, преди 50-тия рожден ден да е бил диагностициран със сърдечно-съдови заболявания (инфаркт на миокарда, байпас или инсулт), поликистозно бъбречно заболяване, меланом или рак на червата, гърдата, яйчниците, простата, дебело черво, панкреас или бъбрек?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
9.	През последните 6 месеца имали ли сте постоянни или повтарящи се симптоми и/или признаци, които все още не са изследвани? (Това включва всяка бучка в гърдите или в тестисите, ректално кървене, кръв в урината, необичайна кашлица, жълтеница, необяснима загуба на тегло, главоболия с нарастваща честота, зрителни нарушения (замъглено / двойно виждане, необяснима загуба на зрението) , необяснима загуба на слуха, говорни затруднения, слабост на крайниците, гърчове, припадък и необичайни лабораторни стойности на кръвната ви картина.	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
10.	Очаквате или сте планирали лекарско или болнично посещение, чиято цел е да споделите или да обсъдите някой от симптомите, споменати във въпрос 9 по-горе; или в момента очаквате резултати от изследвания, процедури или анализи за такива симптоми или данни?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
11.	Имали ли сте планирано назначение за магнитно-резонансна томография (ЯМР) на гърда през последните 12 месеца?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
12.	Имате ли препоръка за трансплантация на орган или понастоящем сте в списък за чакане за трансплантация на орган?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> 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. „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД не носи отговорност при иск за заболяване, травми 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.

Град

Подпис на кандидата за застраховане

Дата

.....

Форма за определяне на клиентските нужди при сключване на медицинска застраховка „ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦИ“



www.dzi.bg www.go.dzi.bg

0700 16 166

clients@dzi.bg

контактен център

ДЗИ Общо застраховане ЕАД

ДЗИ Животозастраховане ЕАД

бул. „Витоша“ 89 Б, ОББ Милениум център

1463 София, България