

Декларация за здравословното състояние на кандидата за застраховане към Предложение №

1. Какви са Вашите ръст и тегло?		_____ см _____ кг
2. Подложен/а ли сте на опасности при изпълнение на професионалните си задължения (шум, вибрации, електромагнитни полета, отрови, взривни вещества и др.) ?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	Какви?
3. Упражнявате ли екстремни спортове или хоби (парашутизъм, безмоторно летене, алпинизъм, автомобилизъм, лов и др.) ?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	Какви?
4. Имате ли съществуващи лекувани или нелекувани заболявания, наранявания, оплаквания, увреждания или други аномалии?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	Какви?
5. Определена ли Ви е трайно намалена работоспособност над 50% или група инвалидност?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	Поради каква причина? Какъв процент и за какъв срок?
6. Какви са стойностите на кръвното Ви налягане?		_____ / _____ Посочете най-високите измервани стойности на горна и долна граница _____ / _____
7. Каква е (била) Вашата средна консумация на алкохол и никотин дневно (евентуално до кога)?		Алкохол _____ Никотин _____
8. Употребявате ли или употребявали ли сте дрога или упойващи вещества?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	Какви? От кога до кога?
9. Вземате ли или вземали ли сте редовно медикаменти?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	Какви? От кога до кога?
10. Правил/а ли сте си тест за СПИН или хепатит B?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	Резултат?
11. Въпрос към жените: Бременна ли сте?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	В кой месец? Нормално ли се развива бременността? Раждала ли сте? Усложнения при ражданията?
12. Страдате ли или страдали ли сте през последните 10 години от следните болести и оплаквания: сърдечни или на кръвоносните съдове, белодробни, чернодробни, пикочнополови, стомашно-чревни, мозъчни, нервни, психически, очни, ушни, кожни болести, алергии, ендокринни заболявания, заболявания на костната система или ставите, херния, подагра, гуша, тумор, рак, атрофия, парализа, диабет или други заболявания, които не са посочени?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	От какви? От кога до кога?
13. Извършвали ли сте в последните 5 години специализирани функционални изследвания, като рентген, ЕКГ, томография или други диагностични тестове, чиито резултат е бил извън приетите референтни норми?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	Кога? За какво? Къде?
14. През последните 5 години била ли Ви е отказвана застраховка „Живот“, анулиран или ограничаван договор?	<input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да	Поради каква причина?
15. Посочете името, адреса и телефона на личния Ви лекар		

16. Моля попълнете следните данни, свързани със семейната история:

Роднини	Име, фамилия	Възраст	Здравословно състояние	Възраст при смъртта, ако е починал	Причина за смъртта
Баща					
Майка					
Братя и сестри					

Заявявам, че декларираното от мен в Предложението за сключване на застраховката и Декларацията за здравословното състояние са част от застрахователната полица и предоставянето на невярна или непълна информация може да доведе до прекратяване или промяна в условията на договора, или до намаляване или отказ на изплащане на застрахователно обезщетение.

С настоящото упълномощавам всеки лекар, с когото съм се консултирал или ще се консултирам преди и след подписване на предложението за сключване на застраховка, както и всяка болница, клиника или частно медицинско заведение или работодател, притежаващи медицински данни за мен, да предоставят пълна информация относно здравословното ми състояние на ЗК „УНИКА Живот“ АД по всяко време. Задължавам се да уведомявам незабавно писмено ЗК „УНИКА Живот“ АД при настъпили промени в моето здравословно състояние и това на лицата на моя издръжка след подписване на предложението и преди датата на влизане в сила на застраховката.

Декларирам, че съм запознат с информацията по чл. 324, 325, 326, 327 и 328 от Кодекса за застраховането. Полагайки подписа си под настоящото, аз потвърждавам горните заявления и ги признавам за неразделна част от договора. Декларирам, че в качеството си на застрахован получих копие от настоящото предложение.

X

Място, дата:

Подпис на застрахования: