

**Необходими прегледи и медицински изследвания  
за застрахователни суми между 30 000 и 45 000 EUR при тарифи GAB1, GDB1  
и възраст от 51 до 55 години при сключване на застраховка по тарифа GDB1.**

- 1. Лекарски доклад на формуляр на ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД**
- 2. ЕКГ в покой**
- 3. Изследвания на кръвта:**
  - 3.1. ГГТ**
  - 3.2. ГОТ**
  - 3.3. ГПТ**
  - 3.4. Триглицериди**
  - 3.5. Холестерол**
  - 3.6. Глюкоза**
  - 3.7. Пикочна киселина**
- 4. Изследвания на урината:**
  - 4.1. Белтък**
  - 4.2. Захар**
  - 4.3. Кетотела**
  - 4.4. Уробилиноген**
  - 4.5. Билирубин**
  - 4.6. Седимент /точен брой Ег и Леус на поле/**
  - 4.7. Кръв**
  - 4.8. Нитрити**

**ГРАВЕ България поема разходи за медицински преглед в размер до 45.00 лева при представяне на фактура с данните на дружеството, а именно:**

**ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД  
Бул. Цар Борис III No 1  
София 1612, община Красно село  
БУЛСТАТ: 130321963  
ИН по ЗДДС: BG130321963  
МОЛ Габриела Генова**



4.а) Каква е вашата средна дневна консумация на <b>алкохол и цигари</b> ?	алкохол.....мл. цигари.....бр.															
б) Вземате ли редовно <b>медикаменти</b> ? Какви? Дози? Вземате ли <b>в момента</b> медикаменти? Какви? Дози?	<table border="0"> <tr> <td><b>не</b></td> <td><b>да</b></td> <td><b>Кога?</b></td> <td><b>Защо?</b></td> <td><b>Лекуващ лекар, адрес:</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<b>не</b>	<b>да</b>	<b>Кога?</b>	<b>Защо?</b>	<b>Лекуващ лекар, адрес:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>не</b>	<b>да</b>	<b>Кога?</b>	<b>Защо?</b>	<b>Лекуващ лекар, адрес:</b>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
в) Били ли сте <b>пристрастени</b> в миналото или <b>пристрастени</b> ли сте в момента към <b>медикаменти</b> или <b>наркотици</b> ?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
5.а) Претърпявали ли сте <b>злополуки, наранявания</b> или <b>натравяния</b> ? От какъв тип? С какви последствия?	<table border="0"> <tr> <td><b>не</b></td> <td><b>да</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>не</b>	<b>да</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>не</b>	<b>да</b>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
б) Подавали ли сте молба за пенсия, получавате ли или получавали ли сте такава? Процент на нетрудоспособност.	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
в) Излезли ли сте по болест преждевременно в пенсия?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
6.а) <b>Опериран</b> ли сте? Защо? Каква операция? Кога?	<table border="0"> <tr> <td><b>не</b></td> <td><b>да</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>не</b>	<b>да</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>не</b>	<b>да</b>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
б) Предстои ли Ви операция?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
в) Третирани ли сте с рентгенови, изотопни или други радиоактивни лъчи?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
г) Трябвало ли е да се подлагате на други процедури, като напр. химиотерапия?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
7.а) Правена ли Ви е <b>електрокардиограма</b> ? Ергометрия? Резултати? (в случай че е налична електрокардиограмата, моля да ни я предоставите временно).	<table border="0"> <tr> <td><b>не</b></td> <td><b>да</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>не</b>	<b>да</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>не</b>	<b>да</b>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
б) Провеждани ли са рентгенография, компютърна томография или други <u>ултразвукови</u> <u>респективно</u> <u>облъчващи медицински прегледи</u> ? Резултати?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
в) Правени ли са Ви лабораторни или други прегледи (напр. СПИН-тест), които не са посочени до тук? Какви? Резултати?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
8.а) Преглеждани или лекувани ли сте в болница? Къде?	<table border="0"> <tr> <td><b>не</b></td> <td><b>да</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>не</b>	<b>да</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>не</b>	<b>да</b>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
б) Пребивавали ли сте в санаториум?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
в) Били ли сте в рехабилитационен център? Къде?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
9. При <b>мъже</b> : <b>негоден</b> ли сте в момента или бил ли сте в миналото негоден за <b>военна</b> служба? Ако да, каква е причината!	<table border="0"> <tr> <td><b>не</b></td> <td><b>да</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>не</b>	<b>да</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>не</b>	<b>да</b>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
10.а) Към кой лекар се обръщате по принцип? (домашен лекар) Адрес?																
б) В рамките на последните 5 години преглеждали, консултирали или лекували ли са Ви други лекари освен горепосочения? Кои?	<table border="0"> <tr> <td><b>не</b></td> <td><b>да</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>не</b>	<b>да</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>не</b>	<b>да</b>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<p>Декларирам, че съм отговорил вярно и пълно на горепосочените въпроси. Моите отговори, които съм прочел отново с цел проверка, са правилно посочени в настоящия документ.</p> <p>Същевременно съм осведомен, че съгласно законовите разпоредби съзнателното посочване на неточни данни би могло да доведе до невалидност на застрахователния договор.</p>																
..... Дата	..... подпис на застрахованото лице															

## II. КОНСТАТАЦИИ ОТ ИЗВЪРШЕНИЯ ПРЕГЛЕД

<b>1. Мерки:</b>	Ръст.....см Тегло.....кг	Гръдна обиколка..... см Талия..... см
<b>2.</b> Наблюдават ли се в изброените органи болестни изменения или отклонения? а) сърцето и сърдечно-съдовата система	<b>не да</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Пулс                      Кръвно налягане ...../.....
б) белите дробове или дихателните органи	<b>не да</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
в) храносмилателните органи: стомах, червен тракт, черен дроб, жлъчка, панкреас.	<b>не да</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
г) отделителни и полови органи	<b>не да</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Изследване на урината: Белтъци                      Захар
д) нервната система, скелета, очите, ушите, кожата. Рефлекси?	<b>не да</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>3. Сърце и кръвообращение</b> а) Установихте ли други болестни състояния, които досега не са споменати ( напр. диабет, отоци на лимфните възли, заболявания на кръвта или на имунната система)  б) При жени Има ли съмнение за заболявания на женските органи (особено на гърдите)?	<b>не да</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
За преценката на риска са значими и други гледни точки освен резултата от прегледа. Затова Ви молим да съобщавате на преглеждания констатациите за болести, но не и да давате оценка за възможността за сключване на застраховката.		
..... дата	..... лекарски печат	..... подпис