

ЗАЯВЛЕНИЕ

за възстановяване на застраховка „Живот“

Застрахователна полица №

I. ЗАСТРАХОВАЩ:

Име:

 ЮЛ/ЕТ Мъж Жена Гражданство:

Данъчно задължено лице в (държава/и/): Идентиф. номер/а/ за дан. цели:

Лични данни: л. к. /паспорт изд. на изд. от ЕГН

Дата и място на раждане: Семейно положение:

Професия, занятие, длъжност:

Месторабота:

Постоянен адрес/Адрес на управление: п.к. гр.

Адрес за кореспонденция: п.к. гр.

Тел.: мобилен ел. поща

ЕИК, представляващ (трите имена, ЕГН)

II. ЗАСТРАХОВАН:

 Застрахованият и Застрахованият е едно и също лице (В този случай данните по-долу може да не се попълват)

Име:

 Мъж Жена Гражданство:

Данъчно задължено лице в (държава/и/): Идентиф. номер/а/ за дан. цели:

Лични данни: л. к. /паспорт изд. на изд. от ЕГН

Дата и място на раждане: Семейно положение:

Професия, занятие, длъжност:

Месторабота:

Постоянен адрес: п.к. гр.

Адрес за кореспонденция: п.к. гр.

Тел.: мобилен ел. поща

Лична здравна декларация на Застрахования

Ръст:см	Тегло:кг.	Посочете името, адреса и телефона на Вашия личен лекар:
---------------	-----------------	---

1. Имате ли в момента или имали ли сте в миналото някакви заболявания, страдания и оплаквания? Ако да, моля, опишете подробно:

сърдечно-съдови заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	белодробни заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	пикочополови заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
стомашночревни заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	чернодробни заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	мозъчни и нервни заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
психически заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	очни заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	ушни заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
кожни болести или алергии? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	обменни заболявания - диабет, подагра и др.? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	ендокринни заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
заболявания на опорнодвигателния апарат – костни, ставни, ревматизъм? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	заболявания на кръвта и далака - анемии и др.? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	неупоменати по-горе заболявания? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не

2. Изследван ли сте за СПИН или хепатит В, С? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Ако да, моля, посочете дата на изследването и резултат:	3. Приемали ли сте някога или приемате ли в момента наркотични или други упойващи вещества? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
--	---

4. Приемате ли в момента някакви лекарствени средства? Ако да, какви? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	5. Лекуван ли сте за алкохолна, медикаментозна или друга зависимост? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Употребявате ли алкохол? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Честота? Количество
.....	Тютюнопушене? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
.....	От колко време?

6. През последните 5 години провеждани ли са Ви медицински прегледи и изследвания, амбулаторно, болнично или др. лечение? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	7. Установена ли Ви е някаква степен на намалена трудоспособност в резултат на злополука или заболяване? (Т.напр. ампутации, парези, контрактури и др.) <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
---	---

8. Имате ли роднини, страдали преди 60-годишна възраст от: диабет, високо кръвно налягане, повишен холестерол, заболяване на сърцето, мозъчен удар, бъбречно заболяване, рак, наследствено заболяване (бъбречна поликистоза, фамилна полипоза на дебелото черво и др.) да не

	Диагноза	Възраст при установяване на заболяването	Сегашно състояние и възраст /ако е починал – на колко години?/
Баща			
Майка			
Брат или сестра			

9. Изложен ли сте на някакви опасности на работното място или в свободното време? (Т.напр. професионални рискове, спортове, хоби и други) Ако да, какви? да не

10. Пътувате ли в чужбина? Ако да, посочете къде, колко често и продължителност на престоя. да не

11. Имате ли в момента или имали ли сте в миналото сключена застраховка "Живот" или „Злополука“ в ЗАД „Алианц България Живот“ и/или в друго застрахователно дружество? да не
Ако да, посочете номера/ата/ на застрахователната/ите/ полица/и/, застрахователната сума, начало и край на застраховката/ите/, застрахователното дружество.

12. Отказвано /отлагано/ ли Ви е някога сключването на застраховка "Живот" или здравна застраховка? Имате ли налични застраховки при утежнен медицински риск? Ако да, посочете защо. да не

13. Отсъствали ли сте от работа поради злополука или заболяване, за повече от 10 последователни дни през последните 3 години? Ако да, посочете защо. да не

14. Изследван/а ли сте през последните 3 месеца за COVID-19? Ако да, моля, посочете дата на изследването и резултат. да не

15. През последния 1 месец:

15.1. Налагана ли Ви е карантина и/или били ли сте посъветван/а от медицинско лице за самоизолация, поради проявени симптоми на COVID-19 и/или поради контакти с лице, което е било диагностицирано с COVID-19 или за което се е предполагало, че било заразено с COVID-19, с изключение на задължителните мерки, наложени от правителството? да не

15.2. Имали ли сте продължителна настинка, кашлица, повишена температура и/или били ли сте в контакт с лице/а, диагностицирано/и с COVID-19 или за което/които е съществувало съмнение, че е/са било/и заразено/и с COVID-19? да не

16. Ако на въпрос 14 или 15 (в т.ч. 15.1. и 15.2.) сте отговорили с „да“, моля, посочете дали е настъпило пълно възстановяване и дали сте се върнали към обичайната си работа/занятие/дейност? да не не е приложим

Ако на някои въпроси сте отговорили "да", моля, посочете подробности на допълнителен лист и представете медицинска документация.

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" може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение или сума в случай на неточно обявена или укрита съществена информация, касаеща здравословното ми състояние и/или друго обстоятелство преди възстановяване действието на застраховката, оказало въздействие за настъпването на събитието. 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.

Град, дата

Подпис на Застрахователя.....

Подпис на Застрахования.....