



Обр. ЛЗД
„ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД
гр. София 1000
бул. „Цар Освободител“ №6
тел.: (02) 981 90 32
факс: (02) 981 90 32
e-mail: call.center@dzi.bg



Ние сме част от KBC group

ЛИЧНА ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ НА КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

Име/Презиме/Фамилия.....ЕГН:.....
Адрес: държава, град, кв. ул.,№.....
Националност:.....; Професия:; Месторабота:
Е-майл:; Телефон:
Име на личен лекар..... Тел.....

№	ВЪПРОСИ	ОТГОВОРИ /ОГРАДЕТЕ "НЕ" а при отговор "ДА" ОПИШЕТЕ ПОДРОБНО /
1.	ФАМИЛНА ОБРЕМЕНЕНОСТ: Имате ли роднини (майка, баща), с високо кръвно налягане, получили инфаркт, инсулт, с диабет, бронхиална астма, автоимунни заболявания, с ракови или психични заболявания?	НЕ ДА
2.	ОБЩА ЧАСТ: Посочете възраст, ръст и тегло:	Възраст.....г. Ръст в см..... Тегло в кг.....
3.	Имате ли установени вродени увреждания?	НЕ ДА
4.	Имате ли придобити от злополука увреждания?	НЕ ДА
5.	Определяна ли Ви е група инвалидност от ТЕЛК(НЕЛК)? Кога, за какво и каква група ?	НЕ ДА
6.	Имате ли установено хронично заболяване? Ако да, какво?	НЕ ДА
7.	Правена ли Ви е, или препоръчана операция? Кога? За какво?	НЕ ДА
8.	Боледували ли сте повече от 10 дни през последните две години? От какви болести? Къде е провеждано лечението:	НЕ ДА болница.....дом.....
9.	Имате ли здравословни оплаквания в момента? Ако да, какви са оплакванитята?	НЕ ДА
10.	Употребявате ли често медикаменти? Ако да, какви?	НЕ ДА
11.	ПО СИСТЕМИ: ДИХАТЕЛНА СИСТЕМА: Страдате ли от хроничен бронхит, емфизем НЕ ДА бронхиална астма; НЕ ДА туберкулоза; НЕ ДА професионално белодробно заболяване НЕ ДА друго НЕ ДА:.....	17. РЕВМАТОЛОГИЧНИ: Системни съединителнотъканни заболявания: (ревматоиден артрит, лупус и др.) НЕ ДА Заболявания на ставите и гръбнака НЕ ДА друго НЕ ДА:.....
12.	СЪРДЕЧНО-СЪДОВА: Повишено кръвно налягане? НЕ ДА Сърдечна недостатъчност; НЕ ДА Исхемична болест на сърцето (ангина пекторис, инфаркт) НЕ ДА Болести на вените (разширени вени, тромбофлебит и др.) НЕ ДА Друго НЕ ДА:.....	18. ИМУННА: Алергии НЕ ДА Автоимунни заболявания НЕ ДА

13.	ХРАНОСМИЛАТЕЛНА: Стомашен рефлукс; НЕ ДА Гастрит или Язвена болест НЕ ДА Дебелочрвни болести НЕ ДА Жлъчнокаменна болест, НЕ ДА Въпаление на жл. пътища и жл. мехур НЕ ДА Хепатит, цироза, кисти на черния дроб НЕ ДА Друго НЕ ДА:	19	НЕРВНА: Дископатии, дискови хернии НЕ ДА Травми на мозъка (глава, гръбнак) НЕ ДА Съдови болести на гл. мозък (инсулти, парези и др.) НЕ ДА Епилепсия НЕ ДА Увреждане на периферни нерви, полиневропатии НЕ ДА
14.	ОТДЕЛИТЕЛНА: Бъречнокаменна болест НЕ ДА Хронична бъбречна недостатъчност НЕ ДА Хр. Пиело или гломерулонефрити НЕ ДА друго НЕ ДА:	20.	ОЧИ, УНГ: Имате ли нарушения на зрението или слуха НЕ ДА Глаукома НЕ ДА Друго НЕ ДА:
15.	ЕНДОКРИННА: Зах. Диабет НЕ ДА Затлъстяване НЕ ДА Болести на щит. Жлеза НЕ ДА Болести на хипофизата НЕ ДА Друго НЕ ДА:	21.	ГИНЕКОЛОГИЧНИ: Миома, тежки кръвотечения НЕ ДА Заболяване на мат. шийка НЕ ДА Яичникови кисти, дисфункция НЕ ДА Болести на мл.жлези НЕ ДА Друго НЕ ДА:
16.	ЗАБОЛЯВАНИЯ НА КРЪВТА: Анемии; НЕ ДА Друго: НЕ ДА:	22.	БРЕМЕННА ли сте към момента; ако да, в кой месец? НЕ ДА:
23.	Лекуван/а ли сте за стерилитет? Ако да, кога? Провеждате ли изследвания и лечение за стерилитет в момента?	НЕ ДА	
24.	Имате ли съмнение или доказано онкологично заболяване? Ако да, какво е то?	НЕ ДА	
25.	Имате ли доказано психично заболяване? Ако да, какво? Провеждате ли лечение за него и с какви медикаменти?	НЕ ДА	
26.	Посещавали ли сте профилактични прегледи през последните две години? Какви? Имате ли констатирани отклонения от нормата?	НЕ ДА	
27.	ВРЕДНОСТИ: Пушите ли? По колко цигари на ден ?	НЕ ДА	
28.	Употребявате ли ежедневно алкохол? Ако да, какво количество?	НЕ ДА	
29.	Употребявате ли наркотични или успокоителни средства? Ако да, посочете какви и колко пъти седмично?	НЕ ДА	

Известно ми е, че при невярно попълнена информация, Застрахователят може да промени или прекрати действието на договора за медицинска застраховка. Декларирам, че съм съгласен „ДЗИ – Животосатраховане” ЕАД да извършва проверки при личния ми лекар и в други лечебни заведения, както и да получава копие от медицински документи, свързани със здравословното ми състояние от всички институции и лица, съхраняващи такава информация..

Кандидатът за застраховане дава изричното си съгласие застрахователят да обработва предоставените от него лични данни, да изисква и получава от трети лица негови лични данни, обработвани от тях в качеството им на администратори, да предоставя личните му данни на трети лица..

Дата:
 ден месец година

Декларатор:.....

...../Подпис на кандидат за застраховане/

III. ЗАКЛЮЧЕНИЕ НА ЛЕКАР НА „ДЗИ - Животозастраховане” ЕАД

На основание данните от Личната здравна декларация

ПРЕПОРЪЧВАМ кандидатът да бъде застрахован:

При **стандартни условия**;

При **специални клаузи**/за какви заболявания/.....

Отказ за сключване на застраховка поради

Дата:

ден месец година

Лекар на „ДЗИ - Животозастраховане” ЕАД

...../...../.....

фамилия

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЛЕКАР НА „ДЗИ - ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ” ЕАД

I. ОБЕКТИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КАНДИДАТА

№	СТАТУС	СТАНОВИЩЕ НА ЛЕКАР НА „ДЗИ - Животозастраховане” ЕАД
1.	Видими деформации, асиметрии разширени вени, туморни образувания и др.	
2.	Кожа и видими лигавици: иктер, бледост, цианоза, обриви и др.	
3.	Увеличени лимфни възли	
4.	Общ изглед на : кости, стави, мускули, глава и шия.	
5.	Външно дишане: - нормално; - с нарушения от рестриктивен тип - с нарушения от обструктивен тип - с нарушения от смесен тип.	
6.	Сърдечно съдова система: - перкуторни отклонения в сърдечните граници; - наличие на шумове при аскултация; - стойност на кръвното налягане; - характеристика на пулса.	
7.	Коремни органи (палпация): - стомах и черва; - черен дроб, далак и злъчка; - бъбреци; - наличие на херния; - болка в корема.	
8.	Нервна система: - патологични рефлексии.	
9.	Смущения в зрението и слуха	
10.	Психични отклонения	

II. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

1.	Урина:	албумин захар билирубин Уробилиноген Седимент
2.	Кръв:	Хб..... Ер Хт СУЕ Левк. Диф. Броене
3.	ЕКГ, Ехография по показания.	

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ НА ЛЕКАР НА „ДЗИ - Животозастраховане” ЕАД въз основа на извършени допълнителни прегледи и изследвания

На основание данните от Личната здравна декларация и резултатите от лекарския преглед

ПРЕПОРЪЧВАМ кандидатът да бъде застрахован:

- При **стандартни условия**;
- При **специални клаузи**/за какви заболявания/.....
- Отказ за сключване** на застраховка поради:.....
.....

Дата:
ден месец година

Лекар на „ДЗИ - Животозастраховане” ЕАД:
...../...../
фамилия