ДЕКЛАРАЦИЯ

ЗА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА КАНДИДАТА

Име:..... Презиме:.....Фамилия:.....

ЕГН: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Л.К. сер..... №..... изд. от.....

Адрес:.....; Тел.:.....

Декларацията се попълва от КАНДИДАТА за здравно осигуряване. В нея се записват точно и четливо отговорите. Квадратчето, което съответствува на верния отговор се зачертава със знака "Х".

Въпроси	Отговори		
	ДА	НЕ	Допълнителни пояснения
1. Имате ли кръвни родственици, починали внезапно или боледували преди навършване на 50 години от инфаркт, гръдна жаба, хипертония, диабет, язва, психични или други тежки заболявания.	☐	☐	
2. Освободени ли сте от военна служба-за мъже?	☐	☐	
3. Чувствувате ли се здрави?	☐	☐	
4. Употребявате ли алкохол - какъв (концентрат, вино, бира), колко гр. средно дневно?	☐ ☐	☐ ☐	
5. Пушите ли? Ако "ДА" - какво?			
6. Вземате ли лекарства с въздействие върху нервната система?	☐	☐	
7. Подложени ли сте често на нервни напрежения и конфликти в работата, семейството и пр. ?	☐	☐	
8. Преглеждани ли сте от лекар през последнта година?	☐	☐	
9. Боледували ли сте за повече от един месец през последните 5 години и от какво?	☐	☐	
10. Имате ли затруднения със зрението и слуха си?	☐	☐	
11. Бременна ли сте - за жени?			
12. Вземате ли системно други лекарства?	☐	☐	
13. Лекувани ле сте в болница през последните 5 години?	☐	☐	
14. Лекувани ли сте с кортизонови препарати, инсулин, лекарства за сърдечни смущения и за хипертония.	☐ ☐	☐ ☐	
15. Правени ли са Ви операции - кога и за какво?	☐	☐	
16. Смятяте ли, че има основания да се подложите на хирургическа операция в бъдеще?	☐	☐	
	☐	☐	
	☐	☐	

Въпроси	Отговори		
	ДА	НЕ	Допълнителни пояснения
17. Имате ли определена трайна загуба на трудоспособност или група инвалидност?	☐	☐	Причина:..... % загуба.....; гр. инвалидност: .....
18. Диспансеризирани ли сте - за какво ?	☐	☐	.....
19. Претърпявали ли сте през последните 5 години някаква злополука - каква?	☐	☐	....
20. Имали ли сте (имате ли сега) здравни проблеми, свързани с:			Ако "ДА", пояснете:
-Хипертония.			.....
-Сърдечни заболявания, инфаркт.	☐	☐	.....
-Мозъчно-съдови заболявания.	☐	☐	.....
-Диабет и други ендокринни заболявания.	☐	☐	.....
-Бронхиална астма или други белодробни заболявания.	☐	☐	.....
-Язва или други стомашно-чревни заболявания.	☐	☐	.....
-Чернодробни заболявания.	☐	☐	.....
-Кръвни заболявания.			.....
-Ревматизъм, артрит, дископатия или други болести на костите и ставите.	☐	☐	.....
-Неврологични заболявания.	☐	☐	.....
-Заболявания на пикочо-половата система.	☐	☐	.....
-Епилепсия или други припадъци.			.....
-Туберкулоза, малария или други инфекциозни заболявания.	☐	☐	.....
-Онкологични заболявания.	☐	☐	.....
-Алергия.			.....
-Друго неупоменато заболяване.	☐	☐	.....
21. На работното Ви място има ли шум, вибрации, запрашеност, ниски или високи температури, химически вредности и др.?	☐	☐	.....
22. Упражнявате ли някакъв спорт - какъв?	☐	☐	.....
23. Имате ли неплатени здравноосигурителни вноски по задължителното здравно осигуряване? В какъв размер и за какъв срок?	☐	☐	.....
			.....
			.....
	☐	☐	..
	☐	☐	

1. Декларирам, че отговорите са верни и отразяват действителното ми здравно състояние. Известно ми е, че при невярна информация, осигуровката се счита за недействителна и платените вноски остават в полза на ОСИГУРИТЕЛЯ. Приемам лекар на ОСИГУРИТЕЛЯ да извърши проверка на достоверността на информацията.
2. Декларирам, че ако по време на действие на Договора загубя здравоосигурителните си права по задължителното здравно осигуряване, ще уведомя незабавно ОСИГУРИТЕЛЯ.

Подпис на кандидата за

Дата:..... здравно осигуряване: .....