

Адрес за кореспонденция: гр.София 1700; ул. "Витоша ВЕЦ Симеоново" 999,
 ЕИК 131282730, Лиценз на застраховател с Решение № 594-ОЗ/25.07.2013 г. на КФН,
 тел./факс: +359 2 962 05 34; 0700 100 15; e-mail: office@zknadejda.bg, web: www.zknadejda.bg



Личен здравен въпросник

Име, презиме, фамилия				ЕГН.....	
Адрес: гр./с.П.код:, обл:				Л.К.№.....	
кв., ул.				изд. на.....	
Дата на раждане:	Възраст в год.:	Ръст в см:	Тегло в кг:	Пол:	
				м	ж
Образование:			Професия:		
Месторабота:			Длъжност:		
Служебен тел.		Мобилен тел.		E-mail:	

Име, адрес и телефон на Вашия личен/доверен лекар:

.....

Въпроси към кандидата за застраховане

Моля, отбележете с "X" вашият отговор. При отговор "Да", опишете подробностите.

1.Имате ли доказано заболяване на дихателните органи: хронична обструктивна	Да	Не	
2.Имате ли доказано заболяване на сърцето и кръвоносните съдове: артериална	Да	Не	
3.Имате ли доказано заболяване на ендокринната система и обмяната на	Да	Не	
4.Имате ли доказано заболяване на храносмилателната система: болести на	Да	Не	
5.Имате ли доказано заболяване на пикочо-половата система: хроничен нефрит,	Да	Не	
6.Имате ли доказано заболяване на нервната система: Паркинсонова болест,	Да	Не	
7.Имате ли доказано заболяване на костно-мускулната система: подагра, артроза,	Да	Не	
8.Имате ли доказано заболяване на кръвта и кръвотворните органи: анемия,	Да	Не	
9.Имате ли доказано заболяване на окото: кератит, катаракта, глаукома,	Да	Не	
10.Имате ли доказано заболяване на ухото: отосклероза, Мениеров синдром,	Да	Не	
11.Имате ли доказано заболяване на кожата и подкожната тъкан: псориазис,	Да	Не	
12.Имате ли доказано инфекциозно или паразитно заболяване: туберкулоза,	Да	Не	
13.Имате ли доказано психично или поведенческо разстройство: депресия,	Да	Не	
14.Имате ли доказано онкологично заболяване или съмнение за такова? Какво?	Да	Не	
15.Имате ли доказана алергия към полени, лекарства, храни или друго? Каква?	Да	Не	
16.Имал/а ли сте рязка промяна в телесното теглото (над 7 кг.) през последната 1	Да	Не	
17.Имате ли имплантирано устройство: пейсмейкър, сърдечна клапа протеза,	Да	Не	
18.Ползвате ли слухов апарат, диоптрични очила, контактни очни лещи, зъбна	Да	Не	
19.Имате ли трансплантиран орган: сърце, бъбрек, бял дроб, черен дроб, кост,	Да	Не	
20.Имате ли хроничен здравословен проблем, който Ви притеснява: главоболие,	Да	Не	
21.Лекуван/а ли сте консервативно или оперативно в болница през последната 1	Да	Не	
22.Лекуван/а ли сте за стерилитет? Кога?	Да	Не	
23.Лекуван/а ли сте от алкохолна, медикаментозна или друга зависимост? Каква и	Да	Не	
24.Провеждал/а ли сте в последната 1 година физиотерапия, рехабилитация или	Да	Не	
25.Кога последно посетихте лекар и по какъв повод?	Да	Не	
26.Кога последно правихте изследвания по лекарско назначение и какви?	Да	Не	
27.Давана ли ви е лекарска препоръка в близко бъдеще да постъпите за болнично	Да	Не	
28.Бременна ли сте? Срок на бременността и вероятен термин на раждане?	Да	Не	
29.Имала ли сте здравословни проблеми през минала или настоящата	Да	Не	

30.Планирате ли в следващата една година да имате дете ?	Да	Не	
31.Диспансеризиран/а ли сте? От колко време и за какво заболяване?	Да	Не	
32.Определяна ли Ви е степен на инвалидност поради общо заболяване или	Да	Не	
33.Признавана ли Ви е професионална болест? Каква, кога и за какъв срок?	Да	Не	
34.Употребявате ли алкохол? Какъв вид, от колко време и какво количество ?	Да	Не	
35.Пушите ли? Какво, от колко време и какво количество ?	Да	Не	
36.Употребявате ли упойващи или наркотични лекарства/вещества? Какви, от	Да	Не	
37.Приемате ли системно лекарства/медикаменти? Какви, от колко време и	Да	Не	
38.Работил/а ли сте при вредни за здравето фактори на работната среда? Кога, за	Да	Не	
39.Упражнявате ли някакъв спорт? Какъв и от колко време?	Да	Не	
40.Имате ли хоби? Какво?	Да	Не	
41.Вашите осигурителни права по линия на задължителното здравно осигуряване	Да	Не	
42.Имате ли към настоящия момент други здравни (медицински)	Да	Не	
43.Знаете ли за Ваши здравни дефекти, вродени или придобити, които не са	Да	Не	
44.Съществуват ли други факти и обстоятелства, свързани с Вашето здраве, за	Да	Не	
45.Според вас какво е здравословното Ви състояние към настоящия момент:			

Декларирам, че горепосочените данни са достоверни и изчерпателни, предоставени са доброволно и са основание за сключване на Индивидуална здравна (медицинска) застраховка "Надежда" при ЗЗОК "Надежда" АД. Съгласен/а съм лекар на Застрахователя да извърши проверка за достоверност на гореизложените отговори, както и медицински преглед и изследвания при необходимост. **Декларирам**, че съм съгласен данните, които предоставям на ЗЗОК "Надежда" АД във връзка със сключването на застрахователен договор и които са лични по смисъла на чл.2 от Закона за защита на личните данни, да се обработват от ЗЗОК "Надежда" АД и да бъдат предоставяни на лечебни заведения на територията на Република България и на органите, упражняващи медицински надзор върху дейността на Дружеството.

Запознат съм с Общите Условия за здравна (медицинска) застраховка "Надежда" на ЗЗОК "Надежда" АД и възможността договорът за застраховка да се сключи при специални условия.

Известно ми е, че попълването и представянето на въпросника, не задължава която и да е от страните да сключи застраховката. Ако застраховката бъде сключена, настоящото ще се счита за неразделна част от застрахователната полица.

Подпис на кандидата за

застраховане:.....

Дата:

МНЕНИЕ на доверения лекар на ЗЗОК "Надежда" АД

На основание данните от Личния здравен въпросник

ПРЕПОРЪЧВАМ на кандидата да бъдат извършени

1. Допълнителни прегледи: ДА НЕ

От следните специалисти: 1..... 2.....

2. Допълнителни изследвания: ДА НЕ

Изследвания:

ПРЕПОРЪЧВАМ кандидатът да бъде застрахован:

При нормален риск;

При утежнен риск:% риск;

Да се откаже сключване на застрахователен договор.

Дата:

Доверен лекар:.....

РАЗРЕШАВАМ кандидатът да бъде застрахован при:

При нормален риск;

При утежнен риск:% риск;

Да се откаже сключване на застрахователен договор.

Дата:

Застраховател:.....