

Приложение към заявление за сключване на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“

ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ

(Попълва се служебно.)

Приложение към заявление/ полица №

I. ЗАСТРАХОВАН

(Попълва се от КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ. Ако застраховката се сключва като семейна или групова, всеки КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ следва да попълни лично това приложение, което е неразделна част от Заявление за сключване на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“.)

Имена	
Пол	<input type="checkbox"/> Мъж <input type="checkbox"/> Жена
Възраст	
Гражданство	
Данъчно задължено лице в (държава/и)	
Идентификационен номер/а за дан. цели	
л. к. / л. п.	
изд. На/ от МВР	
ЕГН/ЛНЧ	
Дата и място на раждане	
Семейно положение	
Адрес	
Телефон, имейл адрес	
Професия, занятие, месторабота	

II. ЛИЧНА ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ НА КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

(Попълва се от КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ. Ако застраховката се сключва като семейна или групова, всеки КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ следва да попълни лично това приложение, което е неразделна част от Заявление за сключване на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“.)

Данни за личния лекар

Имена	
Адрес	
Телефон	

1. През последните 10 години бил/а ли сте диагностициран/а или лекуван/а във връзка с някое от следните заболявания?

A. Някаква форма на злокачествено новообразувание, левкемия, болест на Ходжкин, лимфом, сарком или меланом. да не

B. Някакви преканцерозни лезии, гранични тумори, дисплазия, увеличение на простатата или повишен туморен маркер в кръвта (PSA), отклонения в да не

резултатите от цитонамазка или мамография, хипертиреоидизъм; наличие на полипи на дебелото или тънкото черво и/или стомаха, някакви кървящи или болезнени бенки или лунички, или такива, които са с променен цвят или размер, за които все още провеждате лечение или сте под наблюдение.

С. Някакви болести на кръвта или вродени имунни заболявания, нуждаещи се от лечение в продължение на повече от един месец, които изискват редовно или продължително лечение, различно от спазване на специална диета (например апластична анемия, лимфом, левкемия, миелом, миелодиспластичен синдром, сърповидна клетъчна анемия, таласемия). да не

Д. Някаква форма на: да не

- Тумор, киста или друго образуване в или около мозъка;
- Съдово или циркулаторно състояние, включително мозъчен инсулт, преходни исхемични атаки, мозъчен кръвоизлив (кървене), аномалии на кръвоносните съдове (артерио-венозни малформации, аневризма, тромб или ембол в мозъка или около мозъка).

Е. Някаква форма на заболяване на сърцето (включително инфаркт, ангина пекторис, заболяване на съдовете на сърцето, заболяване на сърдечните клапи, сърдечни шумове или ревматична треска, сърдечна недостатъчност, хипертрофия на сърцето или кардиомиопатия (можете да отговорите с "не", ако се лекувате само за повишено кръвно налягане и/или повишен холестерол). да не

Ф. Диабет (можете да отговорите с "не", само ако се касае за гестационен диабет). да не

Г. Хронично заболяване, засягащо бъбречната функция, диализа, чернодробна цироза или хронична бъбречна недостатъчност. да не

2. Имате ли роднини (родители, братя или сестри), страдали преди 50-годишна възраст от: сърдечно-съдово заболяване (инфаркт, направен байпас, инсулт), поликистична болест на бъбреците, рак на червата, млечната жлеза, дебелото черво, яйчника, простатата, меланом, на панкреаса или бъбрека? да не

3. Страдате ли в момента или страдал/а ли сте през последните 6 месеца от постоянни или повтарящи се симптоми* и/или признаци, които все още не са изследвани? (Включително бучка в гърдите или тестисите, ректално кървене (без хемороиди), кръв в урината, необичайна кашлица, жълтеница, необяснима загуба на тегло, главоболия с нарастваща честота, проблеми със зрението (замъглено двойно виждане, необяснима загуба на зрение), със слуха или говорни затруднения, слабост на крайниците, гърчове, припадъци, отклонения в лабораторните резултати на проведени кръвни изследвания). да не

4. Имате ли насрочен преглед при лекар или в болница, където симптомите* и/или находките да бъдат допълнително изследвани, или очаквате ли резултати от прегледи и изследвания? да не

5. Имате ли проведено или насрочено изследване Ядрено магнитен резонанс на млечната жлеза през последните 12 месеца? да не

6. Имал/а ли сте или препоръчвана ли Ви е органна трансплантация? Включен/а ли сте в листата на чакащи за органна трансплантация? да не

* Ако в момента провеждате диагностични тестове, необходимо е да изчакате резултатите от тях, за да отговорите точно и изчерпателно на въпросите.

III. ДЕКЛАРАЦИИ И ПОДПИС НА КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

В качеството на Кандидат за застраховане, с подписването на това Приложение декларирам, че съм:

- отговорил/а пълно, изчерпателно и вярно на поставените в Личната здравна декларация въпроси и съм съгласен/а тази информация да служи за Оценка на риска по Застраховката;
- декларираните от мен данни са верни и ми е известно, че при невярно посочени данни и обстоятелства по Заявлението, Застрахователят може да прекрати Застраховката или Застрахователното покритие, да измени Застраховката, да намали застрахователните плащания по Застраховката или да откаже плащане, съгласно Общите условия на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“;
- съгласен/а при настъпване на застрахователно събитие ЗАД „Алианц България Живот“ да изисква и получава цялата медицинска документация във връзка с моето здравословно състояние от всички лица, съхраняващи такава информация, вкл. съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето;
- получил/а екземпляр от Съобщение за защита на личните данни на ЗАД „Алианц България Живот“, в което ми бяха разяснени целите и начините за обработване на личните ми данни, правата ми във връзка с тях, както и къде мога да намеря повече информация.

Дата:

Подпис на Кандидата за застраховане:

С радост ще помогнем.

Свържи се с нас на 0700 13 014 или посети сайта ни allianz.bg

Екипът на Allianz