

СТАНОВИЩЕ НА ЛЕКУВАЩИЯ/ ЛИЧНИЯ ЛЕКАР
(ПОПЪЛВА СЕ В СЛУЧАЙ НА СМЪРТ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ)

Име на застрахованото лице :
Адрес на застрахованото лице: гр. /с.....; пощ.код.....; ж.к./ ул.; № бл.; вх.; ап.

Място на смъртта:	Дата на смъртта:
Причина за смъртта:	
Време от началото на заболяването до смъртта:	

Заболявания, които са в пряка връзка със заболяването, довело до смъртния изход:	
Заболяване:	Дата на диагностициране:
• Артериална хипертония
• Дислипидемия
• Ишемична болест на сърцето
• Хронична обструктивна белодробна болест
• Диабет □ Тип 1 □ Тип 2
• Хепатит □ Тип В □ Тип С □ Тип D

заболяване:	Дата на диагностициране:
<ul style="list-style-type: none"> Чернодробна цироза
<ul style="list-style-type: none"> Алкохолизъм или наркотична зависимост
<ul style="list-style-type: none"> Неопластични заболявания:
<ul style="list-style-type: none"> Малигнени хемопatii:
<ul style="list-style-type: none"> Други:

Забележка: в случай, че не сте диагностицирали заболявания, моля попълнете поле „дата на диагностициране“ като посочете „не“.

Преглеждали ли сте застрахования през последните 5 /пет/ години?	
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
В случай, че отговора е ДА, моля опишете и приложете съответните амбулаторни листове:	
Диагноза:	Дата на прегледа:
.....
.....
.....
Знаете ли дали застрахованият е бил прегледан от друг лекар през последните 5 /пет/ години?	
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
В случай, че отговора е ДА, моля посочете с кого са проведени консултациите и приложете съответните амбулаторни листове:	
Име на лекаря, специалист по:	Причина за консултацията:
.....
.....
.....
Информация за лекаря, попълнил формуляра:	
Име:	
Специалност :	
Адрес на практика:.....	
Телефон:.....	

Декларирам истинността и изчерпателността на посочените по-горе данни.

Дата:

Подпис и печат: