

ИНДИВИДУАЛЕН ЗДРАВЕН ВЪПРОСНИК

за включване на кандидат за застраховане в съвкупността от застраховани лица по групов здравна застраховка „Групама Вита“

(въпросникът се попълва от всеки кандидат за застраховане – служител на Застрахователния при групи от застраховани лица под или равна на 10 лица)

(три имена на кандидата за застраховане и възраст)

1. През последните 5 години диагностициран ли сте, правени ли са Ви изследвания във връзка с или бил ли сте приеман в лечебно заведение във връзка с някое от следните заболявания, независимо кое и за какъв период от време, изброени по долу:

- **Онкологични заболявания** – независимо от вида, стадия и поразената част от организма, в това число, но не само – ракови заболявания на централната нервна система, злокачествени заболявания на половата система, злокачествени заболявания на кръвта, на дихателната система и др.;

- **СПИН или HIV вирус**, както и свързаните с него инфекции, резултат от имунната недостатъчност;

- **Наследствени заболявания или вродени заболявания**, установени преди датата на попълване на настоящия въпросник, включително, но не само – заболявания на кръвта (теласамия майор), различни вродени синдроми, причиняващи физически и/или интелектуален дефицит, малформации на опорно-двигателния апарат и др.;

- **Чернодробна и/или бъбречна недостатъчност**, независимо от причината и стадия на развитие на заболяването;

- **Захарна болест (захарен диабет) на инсулинова терапия с усложнения** в стадии на декомпенсация, независимо от поразената система, степента и вида на заболяването;

- **Мозъчно-съдова болест с отпадна неврологична симптоматика** (включително, но не само, ограничено до) – парези, пlegии (невъзможност за движение или изказване), параплегии и др.;

- **Сърдечно-съдови заболявания, налагащи инвазивно кардиологично лечение**, като, но не само - сърдечни имплантира, коронарографии, сърдечни графтове, пейсмейкъри, съдови импланти и др.

ДА

☐

НЕ

☐

2. През последните 5 години диагностициран ли сте, правени ли са Ви изследвания във връзка с или бил ли сте приеман в лечебно заведение във връзка със заболяване, неописано по-горе?

ДА

Ако ДА, моля да опишете:

☐

НЕ

☐

Декларации:

Заявявам, че декларираното от мен в здравната декларация е част от договора и представянето на невярна или непълна информация може да доведе до прекратяване или промяна в условията на договора, или до намаляване или отказ от изплащане на застрахователно обезщетение.

Информиран/а съм, че предоставените от мен лични данни, се обработват от Групама Застраховане ЕАД в качеството си на администратор на лични данни, съгласно действащото национално законодателство. Запознах се с Уведомлението за поверителност, налично на сайта на дружеството и във всеки негов офис, което съдържа основанието и целите за обработката на лични данни, трети лица, имащи достъп до тях, срока за съхранение, правата ми и данни за контакт.

Подпис на кандидата за застраховане:

Дата и място на попълване: