



ВЪПРОСНИК за идентификация на застрахователните потребности по „Медицинска застраховка“ / Лична декларация за здравословното състояние на кандидата за застраховане

Настоящият въпросник-предложение има за цел да предостави нужната информация за правилното определяне на застрахователното покритие, от което се нуждае ползвателя на застрахователни услуги, във връзка с предлаганите от „Дженерали Застраховане“ АД покрития по застраховка „Медицинска застраховка“. Въпросник-предложението е разработено съобразно насоките на Европейският орган за застраховане и професионално пенсионно осигуряване, както и изискванията на Директива (ЕС) 2016/97 относно разпространението на застрахователни продукти.

За да бъде определена правилно Вашата индивидуална потребност от застрахователна защита съобразно предлаганите от „Дженерали Застраховане“ АД покрития по застраховката, моля, отговорете точно и изчерпателно на поставените въпроси (с „х“ и/или текст в празното поле или с оградяване на верния отговор). В случай че предвиденото място за отговор се окаже недостатъчно, моля изложете отговорите си на допълнителен лист, който след това приложете към Въпросник - предложението.

Идентификация на нуждите и изискванията на ползвателя на застрахователни услуги във връзка със застраховката:

Индивидуална застраховка

Семейна застраховка

Health Line Basic с общ лимит от 4200,00 лв.

Health Line Plus с общ лимит 10 200,00 лв.

Health Line Basic включва пакетите:

Извънболнична помощ с лимит 2000,00 лв.

Болнична помощ с лимит 2000,00 лв.

Възстановяване на разходи с лимит 200,00 лв.

Health Line Plus включва пакетите:

Извънболнична помощ с лимит 2000,00 лв.

Болнична помощ с лимит 8000,00 лв.

Възстановяване на разходи с лимит 200,00 лв.

Три имена на кандидатите за застраховане	ЕГН	Пол	Дата на раждане	Височина (см)	Тегло (кг)	Вродени дефекти
		<input type="checkbox"/> Мъж <input type="checkbox"/> Жена				
		<input type="checkbox"/> Мъж <input type="checkbox"/> Жена				
		<input type="checkbox"/> Мъж <input type="checkbox"/> Жена				
		<input type="checkbox"/> Мъж <input type="checkbox"/> Жена				
		<input type="checkbox"/> Мъж <input type="checkbox"/> Жена				
		<input type="checkbox"/> Мъж <input type="checkbox"/> Жена				

Моля, посочете името на личния си лекар и здравното заведение.....

(ако са повече от един, моля отбележете и за кое лице се отнася)

Въпросник	Застрахован	Съпруг/а	Дете 1	Дете 2	Дете 3	Дете 4
Пушите ли?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Брой цигари на ден						
Ежедневно ли употребявате алкохол?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Ако „ДА“ посочете вид и количество						
Употребявате успокоителни и/или наркотични вещества?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

Ако „ДА“, посочете вид и количество

Въпросник	Застрахован	Съпруг/а	Дете 1	Дете 2	Дете 3	Дете 4
Водите ли се на диспансерен учет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Определяна ли ви е група инвалидност от ТЕЛК/НЕЛК?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Правени ли са Ви през последните 5 години с диагностична цел следните изследвания:	Застрахован	Съпруг/а	Дете 1	Дете 2	Дете 3	Дете 4
Образни изследвания (рентген, ехография, скенер, ЯМР)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Клинико-лабораторни (кръв, урина)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Функционални (ЕКГ, ЕЕГ, ФИД)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Ендоскопски (Фиброгастроскопия)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Претърпявали ли сте злополука с телесни увреждания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

Страдал/а ли сте през последните 5 г. или стада те ли сега от:	Застрахован	Съпруг/а	Дете 1	Дете 2	Дете 3	Дете 4
Заболявания на Сърдечно-съдовата система? (хипертонична болест, стенокардия, инфаркт, ритъмни нарушения, други заболявания)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Заболявания на Дихателната система? (хроничен бронхит, пневмония, бронхиална астма, туберкулоза, тумори или др. белодробни заболявания)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Заболявания на Храносмилателната система? (хронични: гастрит, колит, хепатит, язвена болест, панкреатит, тумори и др. заболявания)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Заболявания на Пикочо-половата система? (бъбречно-каменна болест, уретрит, цистит, пиелонефрит, миоми, кистозни яйчници, аденом на простатата, тумори и др. заболявания)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Заболявания на Ендокринна система? (диабет, подагра, базедова болест, хашимото, хипотиреозизъм, нарушена функция на жлезите с вътрешна секреция и др. заболявания)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Заболявания на Кръвотворната система? (болести на еритропоезата или левкопоезата, коагулопатии, вазопатии и др. кръвни заболявания)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Заболявания на Нервната система? (епилепсия, припадъци с неустановено естество, инсулт, полиомиелит, множествена склероза, тумори и др. заболявания)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Психични заболявания? (неврози, зависимости, депресии, циклофрения, шизофрения или други психични заболявания)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Кожно-венерически заболявания? (гонорея, сифилис, др. венерически заболявания, СПИН и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Очни болести? (намаление на визуса, пълна слепота, глаукома, тумори и други)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Заболявания на уши, нос, гърло? (хронични гнойни възпаления, тумори, загуба на слуха и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Болести на млечната жлеза? (мастопатия, тумори и други)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

Ако сте отговорили с „ДА“ на който и да е от гореизброените въпроси, моля дайте пълна информация за: заболяването довело диспансеризация, мястото и от кога е диспансеризиран, диагноза, ако имате определена група от ТЕЛК/НЕЛК каква и от кога, диагнози, поставени диагнози и начало на посоченото/ите заболяване/ия, лечение, хоспитализация, прием на лекарства, все още ли сте с дадено/и заболяване/ия или сте напълно възстановен/а / оздравял/а. При претърпяна злополука – каква и кога и имате ли травматични увреждания? Ако имате и други значими заболявания с хроничен характер, моля посочете.

Имате ли близки роднини (родители, братя, сестри, деца)страдащи или починали от хипертонична болест; инсулт; инфаркт; диабет; злокачествен тумор; туберкулоза; психично заболяване; наркомания; алкохолизъм? Ако „ДА“, посочете кой, диагноза, жив/починал, на възраст.....

Към датата на попълване на настоящата лична здравна декларация, имате ли действаща здравна застраховка в друга застрахователна компания?

Да, застрахован съм в Не

Декларация на кандидата за застраховане:

- ✓ Потвърждавам, че разпространителят на застрахователни продукти ми е предоставил достатъчна информация по разбираем за мен начин, относно застрахователния продукт, за да мога да взема информирано решение за сключването на застрахователен договор.
- ✓ Получих информационния документ за застрахователния продукт.

Всеки от долуподписаните, декларира, че дадените по-горе сведения са напълно верни. Известно ни е, че при невярно посочени данни относно възрастта и здравословното ни състояние носим наказателна отговорност, съгласно разпоредбите на Наказателния кодекс.

- Получих** / **Не получих** информацията по чл. 13 от Общия регламент относно защита на данните (ЕС) 2016/679
- Съгласен съм/ Не съм съгласен „Дженерали Застраховане“ АД да обработва личните ми данни за маркетингови и промоционални цели във връзка с предоставяните от него застрахователни услуги.

Информиран съм, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, като изпратя електронно съобщение до следния email адрес: **information.bg@generali.com**
Съзнавам, че оттеглянето на съгласието ми не засяга законосъобразността на обработването преди неговото оттегляне.

Дата.....

Гр./с.....

Кандидат за застраховане:
(три имена, подпис)

Кандидат за застраховане:
(три имена, подпис)

*Забележка: Подписи поставят само лицата, навършили 14 г., които да извършват правни действия сами със съгласието на своите родители. Деца под 14 г. се представяват от своите родители.