

Настоящият въпросник-предложение има за цел да предостави информацията, необходима за правилното определяне на застрахователното покритие, от което се нуждае ползвателят на застрахователни услуги, във връзка с предлаганите от „ЗД ЕВРОИНС“ АД покрития по продукта „Медицинска застраховка“.

Този въпросник-предложение е разработен в съответствие с разпоредбите на Кодекса за застраховането и изискванията на Директива (ЕС) 2016/97 относно разпространението на застрахователни продукти.

За да бъде определена правилно потребността от застрахователна защита, съобразно предлаганите от „ЗД ЕВРОИНС“ АД покрития по продукта „Медицинска застраховка“, моля Ви, отговорете пълно и точно на поставените по-долу въпроси, като там, където има възможност за избор, отбележете верния отговор чрез поставяне на знак „V“ или знак „X“ в съответното поле. В случай че предвиденото място за отговор или попълване на информация е недостатъчно, моля Ви, изложете своя отговор или съответната информация на отделен лист, който след това приложете към настоящия въпросник-предложение.

**I. ЗАСТРАХОВАЩ**

Наименование (фирма):	ЕИК:
Адрес:	Телефон:
Лице за контакт:	Email:

**II. ВЪПРОСИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ЗАСТРАХОВАНЕ**

**2.1. Колко свои работници/служители желаете да застраховате?**

Възрастова група (по навършени години)	Мъже	Жени	Общо (мъже + жени)
18 – 30 години			
31 – 40 години			
41 – 65 години			
Над 65 години			

Средна възраст на кандидатите за застраховане:

**Териториално разпределение (по административни области):**

Административна област	Мъже	Жени	Общо (мъже + жени)

**2.2. Освен своите работници/служители, желаете ли да застраховате и членове на техните семейства/домакинства?**

Не       Да, общият брой на тези лица е .....

**2.3. С каква продължителност желаете да е застраховката?**

Срок (в месеци):

Начална дата:

Крайна дата:

**2.4. Какво желаете да е покритието по застраховката?**
 Застрахователен пакет „Извънболнична медицинска помощ“ (ИБМП)

Клауза	Раздел	Индивидуален лимит	Начин на ползване на покритието *
<input type="checkbox"/> Стандарт	Извънболнична медицинска помощ	<input type="checkbox"/> 1 000 лв. <input type="checkbox"/> ..... лв.	<input type="checkbox"/> АО <input type="checkbox"/> ВР <input type="checkbox"/> АО/ВР
	Възстановяване на разходи за здравни стоки	<input type="checkbox"/> 200 лв. <input type="checkbox"/> ..... лв.	Възможно е само чрез „ВР“
<input type="checkbox"/> Премиум	Извънболнична медицинска помощ	<input type="checkbox"/> 2 000 лв. <input type="checkbox"/> ..... лв.	<input type="checkbox"/> АО <input type="checkbox"/> ВР <input type="checkbox"/> АО/ВР
	Възстановяване на разходи за здравни стоки	<input type="checkbox"/> 300 лв. <input type="checkbox"/> ..... лв.	Възможно е само чрез „ВР“

**Общ брой лица за застраховане:** по клауза „Стандарт“ - .....; по клауза „Премиум“ - .....

 Застрахователен пакет „Комбинирана медицинска помощ“ (ЗП КМП)

Клауза	Раздел	Индивидуален лимит	Начин на ползване на покритието *
<input type="checkbox"/> Стандарт	Извънболнична медицинска помощ	<input type="checkbox"/> 1 000 лв. <input type="checkbox"/> ..... лв.	<input type="checkbox"/> АО <input type="checkbox"/> ВР <input type="checkbox"/> АО/ВР
	Болнична медицинска помощ	<input type="checkbox"/> 10 000 лв. <input type="checkbox"/> ..... лв.	<input type="checkbox"/> АО <input type="checkbox"/> ВР <input type="checkbox"/> АО/ВР
	Възстановяване на разходи за здравни стоки	<input type="checkbox"/> 200 лв. <input type="checkbox"/> ..... лв.	Възможно е само чрез „ВР“
<input type="checkbox"/> Премиум	Извънболнична медицинска помощ	<input type="checkbox"/> 2 000 лв. <input type="checkbox"/> ..... лв.	<input type="checkbox"/> АО <input type="checkbox"/> ВР <input type="checkbox"/> АО/ВР
	Болнична медицинска помощ	<input type="checkbox"/> 15 000 лв. <input type="checkbox"/> ..... лв.	<input type="checkbox"/> АО <input type="checkbox"/> ВР <input type="checkbox"/> АО/ВР
	Възстановяване на разходи за здравни стоки	<input type="checkbox"/> 300 лв. <input type="checkbox"/> ..... лв.	Възможно е само чрез „ВР“

**Общ брой лица за застраховане:** по клауза „Стандарт“ - .....; по клауза „Премиум“ - .....

\* Начините за ползване на покритието са: „АО“ - чрез абонаментно обслужване; „ВР“ - чрез възстановяване на разходи; „АО/ВР“ - комбинация от абонаментно обслужване и възстановяване на разходи.

 Съгласно приложено задание

**2.5. Желаете ли да се прилага самоучастие за покритието по раздел „Възстановяване на разходи за здравни стоки“?**
 Не                       Да, в размер на ..... % от всяка щета

**2.6. Желаете ли застраховката да осигурява и някакво допълнително покритие?**

Здравни услуги и/или стоки	Избор	Обхват/Индивидуален лимит	Начин на ползване на покритието
Подобряване на здравето и предпазване от заболяване – Организирана профилактика	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> съгласно изискванията на ЗЗБУТ <input type="checkbox"/> съгласно приложено задание	Възможно е само чрез „АО“
Здравни услуги за бременни – <b>раздел „Проследяване на бременност“</b> (само за групи над 30 лица)	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 300 лева <input type="checkbox"/> 500 лева <input type="checkbox"/> Друг лимит: ... лева	Възможно е само чрез „ВР“
Здравни услуги за бременни – <b>раздел „Раждане“</b> (само за групи над 30 лица) *	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 700 лева <input type="checkbox"/> 1 200 лева <input type="checkbox"/> Друг лимит: ... лева	Възможно е само чрез „ВР“
Консумативи и/или импланти при болнично лечение (само за групи над 30 лица) *	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	Лимит: ... лева (може да е най-много 1 000 лева)	Възможно е само чрез „ВР“
Избор на екип/лекар при оперативни интервенции (само за групи над 30 лица) *	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	Лимит: ... лева (може да е най-много 900 лева)	Възможно е само чрез „ВР“
Извънболнична стоматологична помощ (само за групи над 50 лица) *	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 150 лева <input type="checkbox"/> 250 лева <input type="checkbox"/> Друг лимит: ... лева	Възможно е само чрез „ВР“
Покритие на здравни услуги и стоки вследствие на минали и/или хронични заболявания (само за групи над 30 лица)	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	До лимита на съответния раздел	Съгласно уговореното за съответния раздел
Други покрития съгласно приложена спецификация	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	Съгласно спецификацията	Съгласно спецификацията

**Забележка:** Означените със звезда („\*“) допълнителни пакети се предлагат само в комбинация със застрахователен пакет „Комбинирана медицинска помощ“ (ЗП КМП).

**2.7. Как желаете да се плаща премията по застраховката?**

- На 1 вноска                       На 2 вноски                       На 4 вноски                       На 6 вноски  
 На месечни вноски според броя на застрахованите лица през съответния месец

**III. ОБСТОЯТЕЛСТВА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК**
**3.1. Има ли сред кандидатите за застраховане лица, които са поставени под запрещение?**

- Не, няма                       Да, има и броят им е ....

**3.2. Има ли сред кандидатите за застраховане лица с 50 или над 50 % загубена работоспособност?**

- Не, няма                       Да, има и броят им е ...

**3.3. През последните 3 години имали ли сте медицинска застраховка?** Не  Да

**Забележка:** При отговор „Да“ дайте допълнителна информация за съответните медицински застраховки в таблицата по-долу.

Период на застраховката	Застраховател	Брой застраховани лица	Общо платени обезщетения

**3.4. Има ли специални клаузи и/или уговорки, които искате да бъдат включени в условията на застрахователния договор?**

Няма  Съгласно приложено задание  
 Клауза „Ковид-19“  Клауза „Ковид-19-тест“  Съгласно описаното по-долу

....

....

....

**IV. ДЕКЛАРАЦИЯ:**

Аз, долуподписаният, декларирам, че съм:

1. отговорил на всички въпроси в този въпросник-предложение вярно и изчерпателно;
2. посочил цялата известна ми информация относно обстоятелствата, свързани със застрахователния риск, като не съм укрил никакви данни и друга информация, които имат съществено значение за поемане на отговорността от страна на застрахователя относно сключване на застраховката;
3. запознат, че при неточно обявяване или премълчаване на обстоятелства, свързани със застрахователния риск, се прилагат съответните разпоредби на Кодекса за застраховането;
4. получил обективна информация относно застрахователния продукт в разбираема форма, която ми дава възможност да взема информирано решение относно сключването на застраховка, включително приложимия закон спрямо застраховката.

Дата:

За застрахователя:

*(име, фамилия) (подпис)*