

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. КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ/ЗАСТРАХОВАЩ	
Име:	ЕИК:
Адрес:	Телефон:
Професия:	Email:

II. ВЪПРОСИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ЗАСТРАХОВАНЕ
--

2.1. Каква застраховка желаете да сключите?

Индивидуална Семейна

Раздели, включени в застрахователния пакет „Комбинирана медицинска помощ“	Лимит на отговорност за едно застраховано лице (в лева)			
	<input type="checkbox"/> Клауза „ЗДРАВЕ“		<input type="checkbox"/> Клауза „ЗДРАВЕ +“	
	Ниво I	Ниво II	Ниво I	Ниво II
Извънболнична медицинска помощ (ИБМП)	300	500	600	1 000
Болнична медицинска помощ (БМП)	1 000	1 500	2 000	4 000
Възстановяване на разходи (ВР)	100	150	200	300
Общ лимит (за всички раздели в пакета)	1 400	2 150	2 800	5 300

Допълнителна информация:

1. Застраховката се сключва за срок от една година, като покритието може да се ползва само чрез възстановяване на разходи (ВР) съгласно общите условия на „ЗД ЕВРОИНС“ АД за „Медицинска застраховка“.
2. При семейна застраховка покритието за всички членове на семейството се осигурява съгласно една и съща клауза, като за всяко лице може да се избере различно ниво на покритие (**Ниво I** или **Ниво II**).
3. Премията по застраховката се заплаща еднократно при издаването на полицата.

2.2. Кого желаете да застраховате?

№	Име (собствено, бащино, фамилно)	ЕГН/ЛНЧ	Избор на ниво
1			<input type="checkbox"/> Ниво I <input type="checkbox"/> Ниво II
2			<input type="checkbox"/> Ниво I <input type="checkbox"/> Ниво II
3			<input type="checkbox"/> Ниво I <input type="checkbox"/> Ниво II
4			<input type="checkbox"/> Ниво I <input type="checkbox"/> Ниво II
5			<input type="checkbox"/> Ниво I <input type="checkbox"/> Ниво II
6			<input type="checkbox"/> Ниво I <input type="checkbox"/> Ниво II

Забележка: Ако някой от кандидатите за застраховане е чужденец, моля, в колона „ЕГН/ЛНЧ“ посочете и неговата дата на раждане .

2.3. Желаете ли по застраховката да се прилага самоучастие?

Не Да, 5 % от всяка щета Да, 10 % от всяка щета

2.4. С каква продължителност желаете да е застраховката?

За срок от 12 месеца, с начало от следната дата:20..... г.

III. ОБСТОЯТЕЛСТВА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК**3.1. Има ли сред кандидатите за застраховане лица, които не са здравноосигурени по смисъла на Закона за здравното осигуряване или са с прекъснати здравноосигурителни права?**

Не, няма Да, броят им е ...

3.2. Има ли сред кандидатите за застраховане лица, които са поставени под запрещение?

Не, няма Да, броят им е ...

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

Не, няма Да, броят им е ...

3.4. През последните 3 години имали ли сте медицинска застраховка за същите лица и рискове?

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

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 кандидата за застраховане/застраховачия:

(име, фамилия) (подпис)