

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 „Злополука“.

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	
Име/Наименование:	ЕГН/ЛНЧ/ЕИК:
Адрес:	Тел.:

II. ВЪПРОСИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ЗАСТРАХОВАНЕ
--

1. Кого желаете да застраховате? себе си (застрахователя) друго лице, а именно:

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____

Адрес: _____ Тел.: _____

Професия: _____ Месторабота: _____

следните лица, живеещи в едно домакинство:

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____

2. Кои основни рискове желаете да включва покритието? Отбележете поне един риск

Смърт вследствие на: битова злополука трудова злополука

Трайно загубена работоспособност вследствие на: битова злополука трудова злополука

**Риск „смърт“ не се покрива за малолетни лица!*

3. Кои допълнителни рискове желаете да включва покритието? Може да не отбележите нито един риск

Временна неработоспособност вследствие на: битова злополука трудова злополука

Медицински разходи вследствие на: битова злополука трудова злополука

Дневни пари за болничен престой вследствие на: битова злополука трудова злополука

4. За какъв срок желаете да е валидно покритието? Начална дата: _____ Крайна дата: _____

5. Ред за плащане на премията по застраховката: Еднократно Разсрочено на вноски

6. Ползвачи лица в случай на смърт на застрахованото лице вследствие на злополука?

Законните наследници Посоченото по-долу лице/лица:

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____

III. ОБСТОЯТЕЛСТВА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК
--

7. Застрахователна сума за едно лице: лева

8. Има ли сред лицата, предлагани за застраховане, лице с трайно загубена работоспособност? Не Да

При отговор „Да“ посочете кое лице и:%, диагноза:.....

Забележка: Лица с над 50 % загубена работоспособност не се приемат за застраховане.

9. Териториален обхват на покритието: Република България Република България и чужбина Друго

10. През последните 3 години настъпвали ли са злополуки с кандидата/ите за застраховане: Не Да

При отговор „Да“, моля, попълнете таблицата по-долу.

Година	Пострадало лице	Причинени травми и период на възстановяване

11. Специални изисквания или особености във връзка със застрахователното покритие:

- 1) ...
- 2) ...
- 3) ...

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)