

**ВЪПРОСНИК – ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СКЛЮЧВАНЕ
 НА ИНДИВИДУАЛНА/СЕМЕЙНА ЗАСТРАХОВКА
 „ЗЛОПОЛУКА И ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ“**

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 и общо заболяване“.

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.:

1. Кого желаете да застраховате? себе си (застраховация) 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

Трайно загубена работоспособност вследствие на професионално заболяване

Временна неработоспособност вследствие на: битова злополука трудова злополука общо заболяване

Медицински разходи вследствие на: битова злополука трудова злополука общо заболяване

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

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/ите 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. Някой от кандидатите за застраховане има ли заболявания, независимо дали към настоящия момент се прилага лечение? Не Да

При отговор „Да“ опишете подробно: _____

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

11. 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

12. Специални изисквания или особености във връзка със застрахователното покритие

1) ...

2) ...

3) ...

IV. ДЕКЛАРАЦИЯ

Аз, долуподписаният, декларирам, че съм:

- отговорил на всички въпроси в този въпросник-предложение вярно и изчерпателно;
- 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;
- запознат, че при неточно обявяване или премълчаване на обстоятелства, свързани със застрахователния риск, се прилагат съответните разпоредби на Кодекса за застраховането;
- 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)