

## ПРЕДЛОЖЕНИЕ – ВЪПРОСНИК ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ИНДИВИДУАЛНА ЗАСТРАХОВКА „MY EUROINS HEALTH“

Настоящото предложение не е обвързващо за сключване на застрахователна полица, но посочената информация е съществена и предложението представлява неразделна част от застрахователната полица при евентуално сключване на такава. „ЗД Евроинс“ АД третира като конфиденциална информацията, получена чрез настоящото Предложение за застраховане.

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 „My Euroins Health“.

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 „My Euroins Health“, 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.

ЗАСТРАХОВАЩ		ЕИК/ЕГН	
Адрес			
ЗАСТРАХОВАН		ЕГН	e-mail
Адрес			Мобилен телефон

### ДАНИ ЗА ЗАСТРАХОВКАТА И КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

#### Желая да сключа медицинска застраховка при следните условия:

(Моля, отбележете с „X“ избраното от Вас, верният отговор или посочете и попълнете информацията която се изисква)

Покритие на застраховката включващо (отбележете едното или и двете заедно):	Лечение на територията на Р България		Лечение в чужбина
Срок на застраховката	1 година	Начало	
Плащане на премията	еднократно	разсрочено	Брой вноски при разсрочено плащане

### ВЪПРОСИ

1. Имате ли определена трайно намалена работоспособност над 50%?		НЕ		ДА
2. Имате ли регистрирано онкологично заболяване?		НЕ		ДА
3. През последните 3 години имали ли сте медицинска застраховка?		НЕ		ДА

При отговор „Да“ дайте допълнителна информация за съответните медицински застраховки по-долу.

Период на застраховката		Застраховател		Общо размер обезщетения	
Период на застраховката		Застраховател		Общо размер обезщетения	
Период на застраховката		Застраховател		Общо размер обезщетения	

### ДЕКЛАРАЦИЯ

С подписването на настоящото Предложение Застраховачият (договорителят) декларира, следното:

Запознат съм, приемам и съм получил Общите условия за застраховка „My Euroins Health“ и Специалните условия „MediCare“ на „ЗД Евроинс“ АД.

Информиран съм, че „ЗД Евроинс“ АД обработва предоставените от мен лични данни (имена, ЕГН, телефон, адрес и др.) за целите на застраховката и последващите производства, както и за изпълнение на нормативно установените права и задължения. Известно ми е, че „ЗД Евроинс“ АД обработва и съхранява предоставените от мен лични данни в съответствие с Политиките за защита на личните данни на Дружеството. Запознах се с Политиките за защита на личните данни, налични в офисите на Дружеството и публикувани в сайта му на адрес [www.euroins.bg](http://www.euroins.bg).

Предоставена ми е информация съгласно изискванията на чл.324 и чл.325 от КЗ преди сключване на настоящия договор.

Отговорил съм на всички въпроси в това Предложение – въпросник вярно и изчерпателно.

Посочил съм 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 съм, че при неточно обявяване или премълчаване на обстоятелства, свързани със застрахователния риск, се прилагат съответните разпоредби на Кодекса за застраховането;

Получил съм 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 на попълване на предложението	Застраховач (Договорител)
------------------------------------	---------------------------

## ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА РАК И КРИТИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

*Попълва се само ако е избрано лечение е чужбина*

Кандидат за застраховане		ЕГН	
Адрес:		Мобилен телефон:	e-mail

1. Потвърждавам, че в момента не съм подлаган/а на изследвания и че никога не съм бил/а диагностициран/а или лекуван/а за някое от посочените заболявания:
  - Злокачествен тумор, рак, рак in-situ, левкемия, лимфом или друго злокачествено състояние;
  - Диабет, гръдна болка (ангина пекторис), коронарна болест на сърцето, клапно заболяване, инфаркт, сърдечни аритмии изискващи лечение, сърдечен шум, ревматична треска, сърдечна недостатъчност, сърдечна операция или друго сърдечно заболяване;
  - Заболяване на мозъка, инсулт, ТИА („микроинсулт“), мозъчен кръвоизлив, афазия (нарушения в говор, разбиране, четене или писане) или каквато и да е форма на епилепсия или парализа;
  - Хронично заболяване на бъбреци, бял дроб или черен дроб.
2. Декларирам, че предоставената от мен информация е пълна, вярна и точна. Разбирам, че всяко прикриване или неточност може да доведе до отказ от застрахователно покритие или прекратяване на договор.

**ДЕКЛАРАТОР:** \_\_\_\_\_  
(подпис)