

ПРЕДЛОЖЕНИЕ – ВЪПРОСНИК ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА СЕМЕЙНА 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 „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			
Лице за контакт	Мобилен телефон	e-mail	

ДАНИИ ЗА ЗАСТРАХОВКАТА И КАНДИДАТИТЕ 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)

ЗАСТРАХОВАНИ	Членове на семейство	Общо членове на семейството	бр
--------------	----------------------	-----------------------------	----

Разпределени на Застрахованите по възрасти (по навършени години):

Деца до 18 години	общо	бр	Възраст на всяко дете:	първо	год	второ	год	трето	год
Възрастни от 18 до 65 години	общо	бр	Възраст на всяко лице	първо	год	второ	год	трето	год

Покритие на застраховката включващо:	Лечение на територията на Р България		Лечение в чужбина	
--------------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------	--

Срок на застраховката	1 година	Предпочитана дата за начало на застраховката	
-----------------------	----------	--	--

Плащане на премията	еднократно	разсрочено	Брой вноски при разсрочено плащане
---------------------	------------	------------	------------------------------------

ВЪПРОСИ

1. Има ли някой от кандидатите за застраховане определена трайно намалена работоспособност над 50%? НЕ ДА, общ брой

Ако отговорът е „ДА“, в случай на сключване на полицата, Застрахователят се задължава да предостави списък на лицата с намалена работоспособност над 50%?

2. Има ли някой от кандидатите за застраховане регистрирано онкологично заболяване? НЕ ДА, общ брой

Ако отговорът е „ДА“, в случай на сключване на полицата, Застрахователят се задължава да предостави списък на лицата с регистрирани онкологични заболявания.

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		Брой застраховани лица		Общо размер обезщетения	
Период на застраховката		Застраховател		Брой застраховани лица		Общо размер обезщетения	
Период на застраховката		Застраховател		Брой застраховани лица		Общо размер обезщетения	

ДЕКЛАРАЦИЯ

С подписването на настоящето Предложение Застрахователят (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 Дружествата. Запознах се с Политиките за защита на личните данни, налични в офисите на Дружествата и публикувани в сайтовете им на адрес 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)