

ВЪПРОСНИК – ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКА „ПРОФЕСИОНАЛНА ОТГОВОРНОСТ“

КЛАУЗА 01 – Професионална отговорност на персонала в лечебно заведение (индивидуална)

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 „Професионална отговорност“.

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:

Седалище и адрес на управление:

ЕГН/ЛНЧ/ЕИК:

Тел.:

Email:

II. ВЪПРОСИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ЗАСТРАХОВАНЕ

2.1. Кое лице /кандидат за застраховане/ желаете да застраховате във връзка с професионалната му отговорност?

Име:

Адрес за кореспонденция:

ЕГН:

Тел.:

Email:

УИН/ЛПК:

2.2. Желаете ли по застраховката да се прилага самоучастие?

☐

5 % от обезщетението, но не по-малко от 255.65 EUR / 500.00 BGN

☐

Друго - ...

2.3. С каква продължителност желаете да е застраховката?

За срок от месеца, считано от20..... г. до20..... г., включително.

2.4. Какъв ред за плащане на премията по застраховката предпочитате?

☐

Еднократно плащане при сключване на застраховката

☐

Разсрочено плащане на вноски, като първата вноска се плаща при сключване на застраховката

III. ОБСТОЯТЕЛСТВА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК

3.1. За какви застрахователни суми желаете да сключите застраховка?

☐

за нормативно установените минимални застрахователни суми;

☐

за застрахователни суми над нормативно установените минимални изисквания, както следва:

- застрахователна сума за едно застрахователно събитие: ...
- застрахователна сума в агрегат за всички застрахователни събития за срока на застраховката: ...

3.2. Какъв общ медицински стаж има кандидатът за застраховане? години

3.3. Каква придобита специалност има кандидатът за застраховане?

.....

Стаж по специалността: години

.....

Стаж по специалността: години

3.4. В кои лечебни заведения кандидатът за застраховане упражнява медицинската професия към момента?

Лечебно заведение длъжност

**ВЪПРОСНИК – ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА
 ЗАСТРАХОВКА „ПРОФЕСИОНАЛНА ОТГОВОРНОСТ“
 КЛАУЗА 01 – Професионална отговорност на персонала в
 лечебно заведение (индивидуална)**

Лечебно заведение длъжност

Лечебно заведение длъжност

3.5. През последните 5 години възникнали ли са събития или обстоятелства, които са довели или могат да доведат до предявяване на претенция във връзка с професионалната отговорност на кандидата за застраховане?

☐ Не ☐ Да При отговор „Да“, моля да предоставите подробна информация.

Година	Описание на събитие или обстоятелство

3.6. През последните 5 години кандидатът за застраховане имал ли е сключена застраховка, която е покривала професионалната му отговорност?

☐ Не ☐ Да При отговор „Да“, моля да предоставите подробна информация.

В случай че към датата на попълване на настоящия Въпросник – предложение има действаща застраховка в друга застрахователна компания, моля включете и нея в таблицата.

Период на застраховката	Застраховател	Застр. сума в агрегат	Застр. сума за едно събитие

3.7. По някоя от посочените по-горе застраховки изплащани ли са застрахователни обезщетения?

☐ Не ☐ Да При отговор „Да“, моля да предоставите подробна информация.

Година	Описание на събитие или обстоятелство	Размер на предявената претенция	Размер на изплатеното обезщетение

3.8. Във връзка с професионалната отговорност на кандидата за застраховане отказвана ли е, прекратявана ли е полица, отказвано ли е подновяване или изплащане на обезщетение от застраховател?

☐ Не ☐ Да При отговор „Да“, моля да предоставите подробна информация за всяко обстоятелство на отделен лист.

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 укривал никакви данни и друга информация, които имат съществено значение за поемане на отговорността от страна на застрахователя относно сключване на застраховката;

**ВЪПРОСНИК – ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА
ЗАСТРАХОВКА „ПРОФЕСИОНАЛНА ОТГОВОРНОСТ“
КЛАУЗА 01 – Професионална отговорност на персонала в
лечебно заведение (индивидуална)**

-
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/застрахователя:

(име, фамилия)

(подпис)