

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 „Трудова 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	
Наименование:	ЕИК:
Адрес:	Тел.:
Лице за контакт:	Email:

II. ВЪПРОСИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ЗАСТРАХОВАНЕ

1. Спада ли дейността на предприятието към икономическа дейност с трудов травматизъм, равен или по-висок от средния за страната съгласно актуалната Заповед на МТСП?

☐ Не ☐ Да, спада към икономическа дейност с код по КИД-2008

2. Колко свои работници и/или служители желаете да застраховате? лица

3. Как желаете да застраховате своите работници и/или служители?

☐ Съгласно поименен списък ☐ По средносписъчен състав

4. Какво покритие желаете да осигурява застраховката?

Основно покритие	Смърт, трайно намалена работоспособност и временна неработоспособност вследствие на трудова злополука по ☐ чл. 55, ал. 1 от КСО ☐ чл. 55, ал. 1 и 2 от КСО
Допълнително покритие	☐ Смърт вследствие битова злополука ☐ Трайно намалена работоспособност вследствие битова злополука ☐ Временна неработоспособност вследствие битова злополука ☐ Дневни пари за болничен престой вследствие битова злополука ☐ Медицински разходи вследствие битова злополука ☐ Медицински разходи вследствие трудова злополука

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

**Застраховката може да бъде сключена за най-малко един месец и най-много 12 месеца.*

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

III. ОБСТОЯТЕЛСТВА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК

7. С каква дейност се занимава предприятието?

Основна дейност:

Спомагателна дейност:

8. Размер на brutните работни заплати на работниците/служителите:

Брой лица	Категория/длъжност/професия	Средна месечна brutна работна заплата (БРЗ)	Общ размер на БРЗ на всички лица за последния месец (ФОНД РАБОТНА ЗАПЛАТА)

9. Размер на най-високата месечна brutна работна заплата:

10. За какви суми желаете да застраховате работниците и/или служителите?

Покритие		Индивидуална застрахователна сума за едно застраховано лице				
Основно		7-кратния размер на годишната брутна работна заплата на съответния работник или служител към датата на сключване на застраховката				
Допълнително	BGN	☐ 2 000	☐ 5 000	☐ 7 000	☐ 10 000	☐ Друга сума:
	EUR	1 022.58	2 556.45	3 579.04	5 112.91	Друга сума

11. На каква база да се изчислява обезщетението за временна неработоспособност вследствие на трудова злополука?

- ☐ Размера на месечната БРЗ на съответния работник или служител
- ☐ Еднаква сума за всички застраховани лица – EUR/..... BGN (Може да посочете от 511.29 EUR/1 000 до 5 112.91 EUR/10 000 лева)

12. От работниците и/или служителите, които желаете да застраховате, има ли такива, които извършват дейност в чужбина? ☐ Не ☐ Да

При отговор „Да“ посочете брой лица и държава:бр.

13. Коя служба за трудова медицина обслужва предприятието?

14. Правени ли са предписания от контролни органи във връзка с безопасността и охраната на труда в предприятието през последните 3 години? ☐ Не ☐ Да

15. Предприети ли са всички изисквани от закона мерки за безопасност и охрана на труда? ☐ Не ☐ Да

16. Има ли пострадали работници/служители на предприятието при трудова злополука за последните три години: ☐ Не ☐ Да При отговор „Да“, моля, попълнете таблицата по-долу.

Година	Брой случаи на временна неработоспособност	Брой случаи на трайна неработоспособност	Брой смъртни случаи

17. 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)