

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 <input type="checkbox"/> чл. 55, ал. 1 от КСО <input type="checkbox"/> чл. 55, ал. 1 и 2 от КСО   |
| Допълнително покритие | <input type="checkbox"/> Смърт вследствие битова злополука<br><input type="checkbox"/> Трайно намалена работоспособност вследствие битова злополука<br><input type="checkbox"/> Временна неработоспособност вследствие битова злополука<br><input type="checkbox"/> Дневни пари за болничен престой вследствие битова злополука<br><input type="checkbox"/> Медицински разходи вследствие битова злополука<br><input type="checkbox"/> 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 брутните работни заплати на работниците/служителите:

| Брой лица | Категория/длъжност/професия | Средна месечна брутна работна заплата (БРЗ) в лева | Общ размер на БРЗ на всички лица за последния месец (ФОНД РАБОТНА ЗАПЛАТА) в лева |
|-----------|-----------------------------|--|---|
|           |                             |  |   |
|           |                             |  |   |
|           |                             |  |   |

9. Размер на най-високата месечна брутна работна заплата: ..... лева

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

| Покритие            | Индивидуална застрахователна сума за едно застраховано лице   |
|---------------------|---|
| <b>Основно</b>      | 7-кратния размер на годишната брутна работна заплата на съответния работник или служител към датата на сключване на застраховката   |
| <b>Допълнително</b> | <input type="checkbox"/> 2 000 лева <input type="checkbox"/> 5 000 лева <input type="checkbox"/> 7 000 лева <input type="checkbox"/> 10 000 лева <input type="checkbox"/> 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 – ..... лева (Може да посочете от 1 000 до 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 изискуеми 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)