

**ВЪПРОСНИК – ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКА
 „ЗЛОПОЛУКА НА УЧАЩИ, ДЕЦА И ПЕРСОНАЛ ОТ
 УЧЕБНИ И ДЕТСКИ ЗАВЕДЕНИЯ“**

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 „Злополука на учащи, деца и персонал от учебни и детски заведения“.

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:	ЕГН/ЛНЧ/ЕИК:
Адрес:	Тел.:

II. ВЪПРОСИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ЗАСТРАХОВАНЕ

1. Каква полица желаете да сключите?

- групова за лица съгласно приложен поименен списък, в това число: Деца/учащи: Персонал:
- индивидуална за следното лице:

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____
 Адрес: _____ Тел.: _____

2. Кое детско/учебно заведение посещават лицата, които желаете да застраховате?

Наименование: _____
 Адрес: _____

3. Кои основни рискове желаете да включва покритието?

Отбележете поне един риск

- Смърт вследствие на злополука Трайно загубена работоспособност вследствие на злополука
- *Риск „смърт“ не се покрива за малолетни лица!*

4. Кои допълнителни рискове желаете да включва покритието? Може да не отбележите нито един риск

- Временна неработоспособност вследствие на: злополука заболяване
- Медицински разходи вследствие на: злополука заболяване
- Разходи за медицински транспорт вследствие на злополука
- Разходи за стоматологично лечение вследствие на злополука

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

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

III. ОБСТОЯТЕЛСТВА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК

7. Застрахователна сума за едно лице: лева

8. Има ли сред лицата, предлагани за застраховане, лице с трайно загубена работоспособност? Не Да

При отговор „Да“ посочете (важи за индивидуална застраховка) : _____%, диагноза: _____

Забележка: Лица с над 50 % загубена работоспособност не се приемат за застраховане.

9. През последните 3 години настъпвали ли са злополуки с кандидата за застраховане (важи за индивидуална застраховка)? Не Да *При отговор „Да“, моля, попълнете таблицата по-долу.*

Година	Причинени травми и период на възстановяване

10. Специални изисквания или особености във връзка със застрахователното покритие:

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)