

Заявление
за сключване на медицинска застраховка
за чужбина „Allianz Best Doctors“адрес: 1527 София, бул. Княз Ал. Дондуков 59
тел/факс: 930 22 00, 943 34 51, e-mail: life@allianz.bg; www.allianz.bg

Представителство, гр.	Ког Заявление № ВД.....
Агент: Име	Ког Дата на получаване
Проверил: Име	Погпис Полица №
Решение за сключване:	

 Сключване на нова застраховка Включване на застраховано/и/ лице/а/ по полица №

I. Договорител /Застраховач/:

Име

Три имена на латиница

 Ю/У/ЕТ Мъж Жена Гражданство:

Лични данни ЛК / ЛП изд. на от ЕГН /ЛНЧ.....

Дата и място на раждане: Семейно положение

Адрес:

Телефон, факс, ел.пошта:

ЕИК на Ю/У/ЕТ, представляващ, ЕГН

II. Данни за застраховката:

Allianz Best Doctors

 Индивидуална застраховка Семейна застраховка Групова застраховка

Възраст: г. (Брой застраховани лица:)

Валута: евро (EUR) Начало (gg/мм/zzzz): Край (gg/мм/zzzz): Срок на застраховката:

..... /..... /..... г. /..... /..... г. 1 година с автоматично подновяване

Покрити болести и медицински процедури:

1. Лечение на злокачествено новообразувание
2. Баипас на коронарната артерия (миокардна реваскуларизация)
3. Смяна на сърдечна клапа
4. Неврохирургия
5. Трансплантация на органи/тъкани от живи донори

Застрахователни суми и лимити:

Максимална сума на обезщетенията - 1 000 000 EUR за една застрахователна година и 2 000 000 EUR за целия период на действие на застраховката

Териториален обхват на застраховката: Цял свят с изключение на Република България

Месечна застрахователна премия/Обща месечна застрахователна премия: евро (словом

Дължим данък по ЗДЗП върху застрахователната премия: евро

Общо дължима месечна сума по застраховката: евро (словом

Договорителят декларира, че е предоставил информацията за себе си, представляваща лични данни и друга допълнителна информация, доброволно като необходимо условие за сключване на застраховката и е съгласен ЗАД „Алианц България Живот“ да обработва и предоставя личните данни и друга допълнителна информация по начина, посочен в т.3.1 от заявлението.

Договорителят декларира, че е запознат и приема Общите условия по медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors“ на ЗАД „Алианц България Живот“, актуални към датата на сключване на застраховката.

Град, дата

Град, дата

Погпис на договорителя:

Погпис на агента /брокера/:

III. Застрахован:

Име

Мъж Жена Възраст: г. Гражданство:

Лични данни ЛК / ЛЛ изд. на от ЕГН / ЛНЧ

Дата и място на раждане: Семейно положение

Адрес:

Телефон, факс, ел.поща:

Професия, занятие, месторабота:

ЛИЧНА ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ НА КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

Посочете името, адреса и телефона на Вашия личен лекар:

Имате ли в момента или имали ли сте през последните 10 години някои от следните заболявания, които да са налагали болнично или друг вид лечение, проследяване, наблюдение от медицински специалист или диагностициране на потенциални симптоми * за някои от следните състояния: (да / не)

- | | |
|--|---|
| 1. Злокачествено новообразувание, включително болест на Хорджкин? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не |
| 2. Някаква вид тумор или киста на мозъка, черепа или гръбначния мозък? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не |
| 3. Левкемия или болести на кръвта, нуждаещи се от лечение в продължение на повече от един месец? (например анемия, лимфом, миелом, хемофилия или нарушения на кръвосъсирването) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не |
| 4. Премалигнен или ин ситу тумор, включително, но и не само тумор на млечната жлеза/гинекологичен, на пикочния мехур или премалигнени състояния на простатата? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не |
| 5. Някаква форма на заболяване на сърцето? (например инфаркт, ангина, кардиомиопатия, заболяване на сърдечните клапи, сърдечни шумове или ревматизъм; можете да отговорите с НЕ, ако се лекувате само за повишено кръвно налягане и / или повишен холестерол.) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не |
| 6. Някаква форма на мозъчен инсулт или кръвене в мозъка? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не |
| 7. Някаква форма на диабет? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не |

* Ако в момента провеждате диагностични тестове, необходимо е да изкажете резултатите от тях, за да отговорите точно и изчерпателно на въпросите.

Декларирам, че съм отговорил пълно, изчерпателно и вярно на поставените по-горе въпроси и съм съгласен, тази информация да служи за оценка на риска по застраховката. ЗАД "Алианц България Живот" не може да бъде отговорно при иск за заболяване, травма или смърт, причината за които ми е била известна преди сключването на застраховката и е била съзнателно укрита или неточно обявена от мен в настоящата декларация. Възлагам който и да е лекар, медицинска сестра, болничен служител или работодател, НЗОК или РЗОК да предоставя на ЗАД "Алианц България Живот" всякаква информация за моето здравословно състояние.

Декларирам, че съм предоставил информацията за себе си, представляваща лични данни и друга допълнителна информация, доброволно като необходимо условие за сключване на застраховката и съм съгласен, ЗАД "Алианц България Живот" да обработва и предоставя моите лични данни и друга допълнителна информация по начина, посочен в т.31 от заявлението.

Декларирам, че съм получил копие от настоящото заявление и приемам поясненията към него, представляващи информацията по чл. 185 от Кодекса за застраховането.

Декларирам, че съм запознат и приемам Общите условия по медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors“ на ЗАД "Алианц България Живот", актуални към датата на сключване на застраховката.

Град

Подпис на кандидата за застраховане:

Дата

.....