

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ-ВЪПРОСНИК С АНАЛИЗ НА КЛИЕНТСКИТЕ НУЖДИ СЪГЛ. ЧЛ.325А ОТ КЗ
ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА „ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦИ“**

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

I. Застраховач

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЗАСТРАХОВАЩ ФИЗИЧЕСКО ЛИЦЕ

Три имена : ЕГН.....
Лична карта № издадена на..... от:
Гражданство Друго гражданство:.....
Постоянен адрес (вкл. държава): П.К.....
Адрес за кореспонденция (вкл. държава):..... П.код:.....
e-mail:..... Телефон:

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЗАСТРАХОВАЩ ЮРИДИЧЕСКО ЛИЦЕ

Наименование на фирмата (вкл. правна форма): ЕИК

Адрес на управление (вкл. държава) П.к.....

Телефон..... е-майл.....

Адрес за кореспонденция (вкл. държава):..... П.код:.....

Икономическа дейност:
(моля попълнете)

Представявана от :..... ЕГН
.....
(трите имена, длъжност)

Адрес на представляващия (вкл.
държава):.....

Гражданство на представляващия:..... Друго
гражданство.....

Лична карта №:..... издадена на от.....

II. Данни за застраховката:

Индивидуална застраховка Семейна застраховка Групова застраховка
(Брой застраховани лица.....) (Брой застраховани лица.....)

III. Срок на застраховката: неограничен

Начало (дд/мм/гггг):/...../..... До навършване на 85 години

IV. Териториален обхват на застраховката – Цял свят с изключение на САЩ, Япония и Швейцария



V. Застрахователна премия

Месечна EUR

Тримесечна EUR

Шестмесечна EUR

Годишна EUR

Данък 2% върху застрахователната премия съгласно ЗДЗП EUR

Общо дължимата сума EUR

Внесена премия в размер EUR равностойност в лева

Внесена на с платежен документ №

Всеки Застрахован или Застраховащ с премия по застрахователния договор за една година в размер на 2 000 лв. или повече, или 5 000 лв. при еднократно плащане, следва да осигури допълнителна информация на Застрахователя според Закона за мерките срещу изпирането на пари.

При промяна на местоживеенето си, както и при промени, свързани с плащане на премиите /промяна на банката и банковата си сметка и др./, Застраховащият трябва да уведоми Застрахователя в едномесечен срок.

Декларация

1. Декларирам, че дадената по-горе информация е вярна и пълна. Уведомен съм за последиците от Кодекса за застраховането (КЗ) при необявяване точно и изчерпателно обстоятелствата от съществено значение за определяне на риска и сключване на застраховката;

2. Уведомен съм, че в случай на неточно обявени или укрити обстоятелства, относно възраст и здравословно състояние, Застрахователят прекратява застраховката, без да връща получените премии, а при настъпило събитие отказва изплащане на застрахователна сума/застрахователно обезщетение;

3. Уведомен съм, че Общите условия на Медицинска застраховка „Лечение без граници“, Здравните декларации (ако се изискват) и Предложението за сключване на застраховка са неразделна част от Застрахователния договор;

4. Декларирам, че преди сключване на застраховката ми е предоставена информацията за Застрахователя по чл.324 от КЗ, включително и за възможността да ми бъде предоставен съвет при поискване на индивидуална оферта за застрахователния продукт, при спазване изискванията на чл. 325А и чл. 326 от КЗ. Получих и съм запознат със съдържанието на Информационния документ на застрахователния продукт и с Общите условия на застраховката, действащи към датата на сключване на застрахователния договор.

5. Получил съм, запознат съм и приемам „Информацията за защита на личните данни“, изготвена от Застрахователя, в качеството му на администратор на лични данни, в изпълнение на изискванията на чл. 13 и 14 на Регламент (ЕС) 2016/679 (Общ регламент относно защитата на данните). Информирам съм, че „Информацията за защита на личните данни“ е публикувана и на корпоративния сайт на дружеството - www.dzi.bg. Доброволно предоставям лични данни на Застрахователя и/или Застрахованите лица с цел сключване, обслужване и изпълнение на застрахователния договор. Обработвам законосъобразно личните данни на Застрахованите лица, които предоставям на Застрахователя за целите на сключване и изпълнение на застрахователния договор, при спазване на нормативните изисквания, съгласно Регламент (ЕС) 2016/679 и Закона за защита на личните данни.

6. Декларирам, че съм информиран от Застрахователя за задължението си да го уведомя писмено за всякаква промяна в данните ми по настоящото предложение до 20 дни след съответната промяна.

7. Известно ми е, че при невярно попълнена информация, Застрахователят може да промени или прекрати действието на договора за медицинска застраховка.

Град: Подпис на Застраховащия.....

Дата: Застрахователен посредник:
(име, участък, подпис)

Проверил:
(име, подпис)

Ръководител:



ЛИЧНА ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ НА КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

Име/Презиме/Фамилия.....ЕГН:

Постоянен адрес (вкл. държава):

e-mail:..... Телефон:

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 някое от следните състояния: (да / не)

№	ВЪПРОСИ	ОТГОВОРИ
1.	Всяка форма на рак, левкемия, болест на Ходжкин, лимфом, сарком или меланом?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
2.	Всякакви преканцерози (предракови състояния) лезии; гранични тумори; дисплазия; уголемяване на простатата или повишен туморен маркер в кръвта (PSA); патологични промени по маточната шийка или промени в млечните жлези; хипертиреоидизъм, наличие на полипи в дебелото черво, тънко черво и/или стомаха. Всяка бенка или лунички, които са станали обезкървени, болезнени, с променен цвят или с увеличен размер от които не сте се възстановили напълно и изискват наблюдение и проследяване?;	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
3.	Всяко нарушение на кръвните показатели или наследствени имунни заболявания, нуждаещи се от лечение в продължение на повече от един месец, като лечението е различно от специална диета (например апластична анемия, лимфом, левкемия, миелом, миелодиспластичен синдром, сърповидноклетъчна анемия, таласемия)?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
4.	Всеки вид тумор, бучка, киста в/или около мозъка или: - патологични промени на кръвоносните съдове, включително инсулт - преходна исхемична атака (ТИА) - мозъчен кръвоизлив (кървене) - аномалии на кръвоносни съдове (артериовенозна малформация, аневризъм, тромб или ембол в мозъка) в или около мозъка.	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
5.	Всяка форма на сърдечно заболяване (включително инфаркт, ангина пекторис, промени на коронарните съдове, нарушения на сърдечните клапи, сърдечни шумове или ревматизъм, сърдечна недостатъчност, уголемяване на сърцето или кардиомиопатия). Може да отговорите с НЕ ако се лекувате само за повишено кръвно налягане и/или висок холестерол;	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
6.	Диабет. (Можете да отговорите с НЕ, ако се лекувате само за гестационен диабет)?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
7.	Хронична бъбречна недостатъчност, диализа, чернодробна цироза или хронична чернодробна недостатъчност?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
8.	Има ли някой от вашите родители, братя или сестри, преди 50-тия рожден ден да е бил диагностициран със сърдечно-съдови заболявания (инфаркт на миокарда, байпас или инсулт), поликистозно бъбречно заболяване, меланом или рак на червата, гърдата, яйчниците, простата, дебело черво, панкреас или бъбрек?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
9.	През последните 6 месеца имали ли сте постоянни или повтарящи се симптоми и/или признаци, които все още не са изследвани? (Това включва всяка бучка в гърдите или в тестисите, ректално кървене, кръв в урината, необичайна кашлица, жълтеница, необяснима загуба на тегло, главоболия с нарастваща честота, зрителни нарушения (замъглено / двойно виждане, необяснима загуба на зрението) , необяснима загуба на слуха, говорни затруднения, слабост на крайниците, гърчове, припадък и необичайни лабораторни стойности на кръвната ви картина.	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
10.	Очаквате или сте планирали лекарско или болнично посещение, чиято цел е да споделите или да обсъдите някой от симптомите, споменати във въпрос 9 по-горе; или в момента очаквате резултати от изследвания, процедури или анализи за такива симптоми или данни?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
11.	Имали ли сте планирано назначение за магнитно-резонансна томография (ЯМР) на гърда през последните 12 месеца?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
12.	Имате ли препоръка за трансплантация на орган или понастоящем сте в списък за чакане за трансплантация на орган?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА

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. „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД не носи отговорност при иск за заболяване, травми 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.

Град

Подпис на кандидата за застраховане

Дата

.....

Форма за определяне на клиентските нужди при сключване на медицинска застраховка „ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦИ“



Настоящият формуляр има за цел да определи по най-добрия начин Вашия клиентски профил, на база на който ще Ви предложим най-доброто решение за Вашите нужди. Моля, отбележете с **x** отговор на всеки един от въпросите.

1. Данни за Застрахователя

Застраховател	<input type="checkbox"/> Физическо лице	<input type="checkbox"/> Юридическо лице
----------------------	---	--

2. Данни за клиентския профил

Какъв е водещият Ви мотив за сключване на застраховка „ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦИ“?	<input type="checkbox"/> Застрахователна защита	<input type="checkbox"/> Данъчни облекчения
Как желаете да плащате застрахователната премия?	<input type="checkbox"/> Месечно, тримесечно, шестмесечно.	<input type="checkbox"/> Годишно

В случай на настъпване на особено тежко заболяване, как бихте покрили разходите, за да поддържате стандарта си на живот?	<input type="checkbox"/> Спестени пари <input type="checkbox"/> Заем от семейство и роднини / приятели <input type="checkbox"/> Кредит от банка <input type="checkbox"/> Продажба на имущество <input type="checkbox"/> Лична / групов застраховка: (моля уточнете каква) <input type="checkbox"/> Нито едно от изброените
---	--

Какво е семейното Ви положение	<input type="checkbox"/> Неженен/неомъжена <input type="checkbox"/> женен/омъжена <input type="checkbox"/> обвързан/а без брак <input type="checkbox"/> Разведен/разведена <input type="checkbox"/> Имате ли деца? (Ако да, посочете колко)
---------------------------------------	--

Какви форми на здравно застраховане/здравно осигуряване имате/използвате?	<input type="checkbox"/> НЗОК <input type="checkbox"/> Допълнително здравно застраховане за България <input type="checkbox"/> Помощ при пътуване в чужбина (за краткотрайни пътувания като екскурзии, командировки) <input type="checkbox"/> Разчитам основно на спестяванията си за да покривам разходи за здравна помощ
--	---

Име на Застрахователя:.....

Подпис на Застрахователя:.....

Дата: