



Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД
София 1000, бул. „Тодор Александров“ № 18
тел.: 0700 111 50
www.uniqua.bg

Застрахователен посредник

УНИКА Център / клон

гр.

ул.

тел.:

Предложение

Предложение
за сключване на здравна застраховка „Здраве & Ценност“

☐ Сключване на нова застраховка

☐ Промяна на действаща застраховка №

Номер на полица	стара		нова	
Застраховач Застраховачият на полицата е застрахованото лице? ☐ Да ☐ Не V 1 Осигурен в НЗОК? ☐ Да ☐ Не				

Здравословно състояние

При сключване на тази застраховка не е необходим медицински преглед.

Въпреки това, за нас е необходимо да знаем какво е здравословното Ви състояние, за да Ви предложим адекватно застрахователно покритие (възможно е включването на съществуващи заболявания). Затова Ви молим да отговорите на следните въпроси, отнасящи се до подлежащите на застраховане лица точно и изчерпателно. Моля, имайте предвид, че на пръв поглед маловажна информация може да се окаже от съществено значение.

Ако отговорите на въпрос с „да”, моля, добавете и съответните подробности като: обозначение на лицето, заболяване, диагнози, операции, лекари, болнични заведения, период на лечение, дата на оздравяване, медикаменти, предполагаема дата на раждане, степен на инвалидност, диоптри – в съответните квадратчета!

Въпроси относно настоящото Ви здравословно състояние

Имате ли съществуващи лекувани или нелекувани заболявания, наранявания, оплаквания, увреждания, други аномалии или нарушено зрение? Височина (cm) Тегло (kg) Диоптри ляво Диоптри дясно	<table><tr><td>V</td><td>1</td><td>V</td><td>2</td><td>V</td><td>3</td><td>V</td><td>4</td><td>V</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td></tr></table> <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	V	1	V	2	V	3	V	4	V	5											не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																																								
V	1	V	2	V	3	V	4	V	5																																																														
не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																																																														
Ако не е посочено по-горе: Планирали ли сте лечение (операция, медицински преглед и др.)?	<table><tr><td>V</td><td>1</td><td>V</td><td>2</td><td>V</td><td>3</td><td>V</td><td>4</td><td>V</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td></tr></table>	V	1	V	2	V	3	V	4	V	5											не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																																								
V	1	V	2	V	3	V	4	V	5																																																														
не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																																																														
Ако не е посочено по-горе: Взимате ли понастоящем медикаменти, наркотици или опиати?	<table><tr><td>V</td><td>1</td><td>V</td><td>2</td><td>V</td><td>3</td><td>V</td><td>4</td><td>V</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td></tr></table>	V	1	V	2	V	3	V	4	V	5											не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																																								
V	1	V	2	V	3	V	4	V	5																																																														
не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																																																														
За жени: Бременна ли сте? Кога е очакваната дата на раждане? дд / мм / г г г г	<table><tr><td>V</td><td>1</td><td>V</td><td>2</td><td>V</td><td>3</td><td>V</td><td>4</td><td>V</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td></tr></table>	V	1	V	2	V	3	V	4	V	5											не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																																								
V	1	V	2	V	3	V	4	V	5																																																														
не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																																																														

Въпроси относно миналото Ви здравословно състояние

Ако не е посочено по-горе: Имали ли сте през последните 5 години заболявания, наранявания, оплаквания или други аномалии, които са били лекувани амбулаторно или не са били лекувани?	<table><tr><td>V</td><td>1</td><td>V</td><td>2</td><td>V</td><td>3</td><td>V</td><td>4</td><td>V</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td></tr></table>	V	1	V	2	V	3	V	4	V	5											не	да	не	да	не	да	не	да	не	да
V	1	V	2	V	3	V	4	V	5																						
не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																						
Ако не е посочено по-горе: Подлагали ли сте се през последните 10 години на стационарно лечение в болница, санаториум, клиника, балнеосанаториум, на облъчване (рентген, радиум, изотопно облъчване и др.) или химиотерапия?	<table><tr><td>V</td><td>1</td><td>V</td><td>2</td><td>V</td><td>3</td><td>V</td><td>4</td><td>V</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td></tr></table>	V	1	V	2	V	3	V	4	V	5											не	да	не	да	не	да	не	да	не	да
V	1	V	2	V	3	V	4	V	5																						
не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																						
Ако не е посочено по-горе: Имали ли сте някога тежки заболявания, наранявания или други аномалии, като например рак, инфаркт, туберкулоза, бъбречна недостатъчност, депресии, черепни или гръбначни травми, тежки чернодробни заболявания (цироза), диабет, тежки хронично-инфекциозни заболявания (хепатит), имунна недостатъчност (също и HIV положителен), зависимост от наркотици, и др.?	<table><tr><td>V</td><td>1</td><td>V</td><td>2</td><td>V</td><td>3</td><td>V</td><td>4</td><td>V</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td></tr></table>	V	1	V	2	V	3	V	4	V	5											не	да	не	да	не	да	не	да	не	да
V	1	V	2	V	3	V	4	V	5																						
не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																						

Други данни

Професионален спортист ли сте? Какъв спорт?	<table><tr><td>V</td><td>1</td><td>V</td><td>2</td><td>V</td><td>3</td><td>V</td><td>4</td><td>V</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td><td>не</td><td>да</td></tr></table>	V	1	V	2	V	3	V	4	V	5											не	да	не	да	не	да	не	да	не	да
V	1	V	2	V	3	V	4	V	5																						
не	да	не	да	не	да	не	да	не	да																						
Домашен или лекуващ лекар (име, адрес, за кое лице?)																															
Моля, отбележете, където е необходимо!	X																														

Специални отлагателни периоди

Забеляванията, изброени в полето отъясно се покриват от застраховката, след изтичането на следните отлагателни периоди.

Лице, дата/раждане, тарифа, вид заболяване, отлагателен период

Избор на тарифа

V1

V2

V3

V4

V5

Тариф(и)

01

Начало на застраховка
дд / мм / гggг

Общо премия

EUR

Данък 2% съгл. ЗДЗП

EUR

Обща дължима сума

EUR

Застрахователна премия съгл. графика на плащане

Допълнителни споразумения и специални условия

Ако някое от изброените споразумения не е сключено по време на подписване на предложението, законовите разпоредби изискват да Ви помолим впоследствие да положите Вашия подпис.

Дата, подпис: застраховаш

График на плащане
Метод на плащане

месечно

на 3 месеца

на 6 месеца

годишно

по банков път

със служебна ведомост

с договор за комунални услуги

Съгласен съм всички последващи документи, свързани със сключената от мен застраховка, да бъдат изпращани на предоставения от мен електронен адрес. С това считам, писмената форма за уведомяване за спазена.

Да

Не

Декларация

1. Запознат съм и приемам Условията по застраховката.

2. Заявявам, че декларираното от мен в Предложението за сключване на застраховката и Декларацията за здравословно състояние, са част от застрахователната полица и представянето на невярна или непълна информация може да доведе до прекратяване или промяна в условията на договора, или до намаляване или отказ на изплащане на застрахователно обезщетение.

3. Декларирам, че получих и съм запознат с информацията по чл. 324 и 326 от Кодекса за застраховането, както и че получи информационен документ за застрахователен продукт, съгласно чл. 325а от Кодекса за застраховането.

ЛИЧНИ ДАННИ

Информиран/а съм, че предоставените от мен лични данни, се обработват от ЗК „УНИКА Живот“ АД , в качеството и на администратор на лични данни, съгласно действащото национално законодателство. Запознах се с Уведомлението за поверителност, налично на сайта на дружеството www.unika.bg и във всеки негов офис, което съдържа основанието и целите за обработката на лични данни, трети лица, имащи достъп до тях, срока за съхранение, правата ми и данни за контакт.

Място, дата

Подписи на застрахованите лица:

V1

(застраховаш)

V2

V3

V4

V5

Подпис: посредник