UNIQA

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

Застрахователен посредник

УНИКА Център / клон | гр.

ул. | тел.:

Предложение

Предложение
за сключване на здравна застраховка „Здраве и Ценност Селект”

☐ Сключване на нова застраховка ☐ Промяна на действаща застраховка №

Номер на полица стара | нова

Застраховащ

Застраховащият на полицата е застрахованото лице?

Да **Не**

V 1

Осигурен в НЗОК? Да Не

Име, презиме, фамилия на физическо лице или наименование на юридическо лице

Юридическо лице | ЕИК | Физическо лице | ЕГН/ЛНЧ

П.К. | Град | Адрес

Лична карта № | Дата на издаване | Дата на раждане (д д / м м / г г г г) | Професия/занятие

Телефон | e-mail

Сверил данните

Име, презиме, фамилия, подпис, дата

Застраховани лица

V 2

Осигурен в НЗОК? Да Не

Име, презиме, фамилия | ЕГН/ЛНЧ

П.К. | Град | Адрес

Лична карта № | Дата на издаване | Дата на раждане (д д / м м / г г г г) | Професия/занятие

Телефон | e-mail

V 3

Име, презиме, фамилия | ЕГН/ЛНЧ

П.К. | Град | Адрес

Лична карта № | Дата на издаване | Дата на раждане (д д / м м / г г г г) | Професия/занятие

Телефон | e-mail

V 4

Име, презиме, фамилия | ЕГН/ЛНЧ

П.К. | Град | Адрес

Лична карта № | Дата на издаване | Дата на раждане (д д / м м / г г г г) | Професия/занятие

Телефон | e-mail

V 5

Име, презиме, фамилия | ЕГН/ЛНЧ

П.К. | Град | Адрес

Лична карта № | Дата на издаване | Дата на раждане (д д / м м / г г г г) | Професия/занятие

Телефон | e-mail

Предишни застраховки

Кое от застрахованите лица или от подлежащите на застраховане лица имат или са имали сключена преди това лична здравна застраховка, застраховка „Живот” и/или застраховка „Злополука”?

Лице	Вид	Компания	Полица №	Имало ли е такива застраховки? кандидатствал	отказана	прекратена
V 1						
V 2						
V 3						
V 4						
V 5						

X Моля, отбележете, където е необходимо!

Въпроси относно здравословното състояние на подлежащите на застраховане лица

1. Подлежащите на застраховане лица били ли са лекувани поради някоя от следните болести или били ли са те някога диагностицирани:
   Рак, инсулт, хронични заболявания на бъбреците, BMI над 38, сърдечен инфаркт, хронични заболявания на черния дроб, диабет, СПИН – също и HIV-позитивно заключение?
2. При някое от подлежащите на застраховане лица планира ли се стационарен болничен престой респ. даден ли е лекарски съвет за такъв?

Да	Не		Да	Не		Да	Не		Да	Не		Да	Не
		V 1			V 2			V 3			V 4			V 5

В случай, че на някой от посочените въпроси трябва да бъде отговорено с „да“, застраховката може да бъде заявена само чрез попълване на подробен въпросник относно здравословното състояние на подлежащото на застраховане лице. Дали да бъде прието това предложение решение взема застрахователят.

Избор на тарифа

V 1		
V 2		
V 3		
V 4		
V 5		
	Тариф(и)	Застрахователна премия съгл. графика на плащане

01 . . . . .
Начало на застраховка
д д / м м / г г г г

Общо премия	EUR	
Данък 2% съгл. ЗДЗП	EUR	
Обща дължима сума	EUR	

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: застраховащ

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.uniqa.bg и във всеки негов офис, което съдържа основанието и целите за обработката на лични данни, трети лица, имащи достъп до тях, срок за съхранение, правата ми и данни за контакт

_____
Място, дата

_____
Подпис: посредник

Подписи на застрахованите лица:
(при малолетни - попечител)

V 1 _____ (застраховащ)
V 2 _____
V 3 _____
V 4 _____
V 5 _____