UNIQA ЖИВОТ

Застрахователна компания „УНИКА Живот” АД
София 1000, бул. „Тодор Александров” № 18
тел.: 0700 111 50, факс: (02) 9156 300
www.uniqa.bg

Застрахователен посредник

УНИКА Център / клон | гр.

ул. | тел.:

Предложение

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

☐ 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!

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?

	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5
	не да	не да	не да	не да	не да
Височина (cm)					
Тегло (kg)					
Диоптри ляво					
Диоптри дясно					

Ако не е посочено по-горе: Планирали ли сте лечение (операция, медицински преглед и др.)?

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?

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?

д д / м м / г г г г

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?

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?

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, инсулт, инфаркт, туберкулоза, вродена 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.?

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?

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

Заболяванията, изброени в полето отдясно се покриват от застраховката, след изтичането на следните отлагателни периоди.

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

Избор на тарифа

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

Начало на застраховка
д д / м м / г г г г
0 1

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

Подписи на застрахованите лица: V 1 _____ (застраховащ) V 2 _____

(при малолетни - попечител)

_____
Подпис: посредник

V 3 _____ V 4 _____ V 5 _____