

## Въпросник за сключване

### на застраховка „Алианц Здраве“

#### ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗАСТРАХОВАЩИЯ:

Фирма/наименование:	
ЕИК/БУЛСТАТ:	
Законен представител:	
Седалище и адрес на управление:	
Адрес за кореспонденция, ако е различен:	
Лице за контакт (три имена, телефонен номер, имейл адрес):	
Основна дейност (по класификатора на НСИ):	

Въпросникът се попълва по повод на:

- сключване на застраховка за първи път;
- подновяване на съществуваща застраховка;
- друго:

1. Какъв е общият брой на всички Ваши служители по списъчен състав? \_\_\_\_\_

2. Какъв брой служители, по възрастови групи, подлежат на застраховане?

възрастов диапазон	брой лица
18 – 24	
25 – 50	
51 – 64	
65 +	
ОБЩО	



## 6. Какво застрахователно покритие желаете да осигурите?

По предефинирани покрития:

Застрахователен пакет / ниво	<b>КОМФОРТ</b> включва следните здравни модули: • Извънболнична помощ • Болнична помощ • Критични заболявания с второ медицинско мнение	<b>ЕКСТРА</b> включва следните здравни модули: • Извънболнична помощ • Болнична помощ • Критични заболявания с второ медицинско мнение • Здравни стоки	<b>МАКС</b> включва следните здравни модули: • Извънболнична помощ • Болнична помощ • Критични заболявания с второ медицинско мнение • Здравни стоки • Дентална помощ
	<input type="checkbox"/> Ниво 1 <input type="checkbox"/> Ниво 2 <input type="checkbox"/> Ниво 3	<input type="checkbox"/> Ниво 1 <input type="checkbox"/> Ниво 2 <input type="checkbox"/> Ниво 3	<input type="checkbox"/> Ниво 1 <input type="checkbox"/> Ниво 2 <input type="checkbox"/> Ниво 3
Здравен модул ПРОФИЛАКТИКА*	<input type="checkbox"/> вариант 1 <input type="checkbox"/> вариант 2 <input type="checkbox"/> вариант 3 <input type="checkbox"/> вариант 4 <input type="checkbox"/> вариант 5 <input type="checkbox"/> вариант 6 <input type="checkbox"/> вариант 7 <input type="checkbox"/> вариант 8 <input type="checkbox"/> вариант 9	<input type="checkbox"/> вариант 1 <input type="checkbox"/> вариант 2 <input type="checkbox"/> вариант 3 <input type="checkbox"/> вариант 4 <input type="checkbox"/> вариант 5 <input type="checkbox"/> вариант 6 <input type="checkbox"/> вариант 7 <input type="checkbox"/> вариант 8 <input type="checkbox"/> вариант 9	<input type="checkbox"/> вариант 1 <input type="checkbox"/> вариант 2 <input type="checkbox"/> вариант 3 <input type="checkbox"/> вариант 4 <input type="checkbox"/> вариант 5 <input type="checkbox"/> вариант 6 <input type="checkbox"/> вариант 7 <input type="checkbox"/> вариант 8 <input type="checkbox"/> вариант 9
Брой служители			
Брой членове на семейства на служители			

\* Посочете общия брой служители (съответно на ред 4 – общия брой на Членове на семейства на служителите), които ще бъдат застраховани по съответния Застрахователен пакет. Можете да изберете различни Застрахователни пакети за различни групи застраховани лица.

Към всеки отделен Застрахователен пакет може да бъде избран като допълнителна опция Здравен модул ПРОФИЛАКТИКА измежду възможните девет варианта.

По Задание (При група над 100 души, моля, приложете подробно описание на исканите покрития.)

## 7. Как желаете да се променят списъците на застрахованите лица, съответно да се калкулира дължимата премия?

Веднъж месечно (Пропорционална тарифа)

По дневно (Краткосрочна тарифа)

## 8. Как желаете да се изчисляват лимитите за лицата, които ще се включват през срока на договора?

Пълни лимити

Съответно на оставащия срок

### 9. Как желаете да плащате застрахователната премия?

Еднократно  Разсрочено, на \_\_\_\_\_ вноски\*

\*Максималният брой вноски за срока на застраховката може да бъде 12.

### 10. Кога желаете да започне застрахователното покритие по застраховката?

### 11. Желаете ли английска версия на документите?

Да  Не

### 12. Имате ли действаща застраховка при друг застраховател?

Да, при \_\_\_\_\_  Не

### 13. Сключвали ли сте медицинска застраховка през предходни години и при кои застрахователи?

Да \*  Не

\* При отговор „Да“, моля да попълните следната таблица:

Прекишен застраховател	Поредна година

### При условията на т. 1 от Раздел XVIII „Допълнителни условия“ от Общите условия, Застрахователят заявява, че:

е съгласен  не е съгласен,

1. че правната сила на електронния подпис и на усъвършенствания електронен подпис е равностойна на тази на саморъчния подпис на лицето, правещо изявления по повод на Застраховката;

2. да бъде адресат на електронни изявления по смисъла на чл. 5 от ЗЕДЕУУ по повод на Застраховката.

За Застрахователя: \_\_\_\_\_  
(три имена и подпис, фирма на застрахователя)

дата: \_\_\_\_\_  
гр./с. \_\_\_\_\_

### Попълва се служебно при приемане на Въпросника от Застрахователя.

Приел за Застрахователя: \_\_\_\_\_  
(три имена и подпис, фирма на застрахователния посредник)

дата: \_\_\_\_\_  
гр./с. \_\_\_\_\_