ЗАД Алианц България Живот

Заявление за сключване на застраховка
„Алианц Здравна грижа в чужбина“

Въпросник за определяне на потребностите по чл. 325а, ал. 1 от Кодекса за застраховането	
1. Имате ли медицинска застраховка?	❒ да ❒ не
2. Ако имате медицинска застраховка, какъв е нейният териториален обхват?	❒ България ❒ чужбина
3. Желаете ли да застраховате други лица освен Вас?	❒ да ❒ не

ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ
(Попълва се служебно.)

Представителство

Град
Код
Заявление № BD

Агент

Име
Код
Дата на получаване

Проверил

Име
Подпис
Полица №
❒ Сключване на застраховка
❒ Включване на застраховано/и/ лице/а/ по полица № _____
❒ Възстановяване на застраховка

I. ЗАСТРАХОВАЩ

Имена/Фирма/Наименование
Вид и пол ❒ ЮЛ/ЕТ ❒ ФЛ
❒ Мъж ❒ Жена
Гражданство
Данъчно задължено лице в (държава/и)
Идентификационен номер/а за дан. цели
л. к./л. п
изд. на /от МВР

ЗАД Алианц България Живот

ЕГН/ЛНЧ	
Дата и място на раждане	
Семейно положение	
Адрес	
Телефон, имейл адрес	
ЕИК/БУЛСТАТ на ЮЛ/ЕТ	
Имена и ЕГН/ЛНЧ на представляващия ЮЛ/ЕТ	

II. ДАННИ ЗА ЗАСТРАХОВКАТА

Застраховка "Алианц Здравна грижа в чужбина"	❒ Индивидуална застраховка ❒ Семейна застраховка ❒ Групова застраховка
Брой застраховани лица	
Валута	EUR
Начало	
Срок на застраховката	безсрочна

Покритие по застраховката

Застраховката покрива следните:

1.1. Заболявания, включващи:

Покрит модул 1: Лечение на злокачествено новообразувание.

1.2. Медицински процедури, включващи:

Покрит модул 2: Сърдечно-съдови процедури;

Покрит модул 3: Неврохирургия;

Покрит модул 4: Трансплантации.

Застраховката покрива Медицинските процедури, ако Заболяването или здравословното състояние, предмет на съответната процедура, не е свързано с Лечение на злокачествено новообразувание по Покрит Модул 1.

1.3. Услуги преди Лечението в чужбина;

1.4. Медицински разходи по време на Лечение в чужбина;

1.5. Немедицински разходи по време на Лечение в чужбина.

Застрахователни суми

1. Застрахователната сума за Застрахован е 2 000 000 EUR (два милиона евро) за целия Период на покритие по Застраховката, считано от Началото на застраховката, при условие че покритието не е прекъсвано.

2. В Застрахователната сума по т.1 се включват и следните подлимити (застрахователни суми):

- 50 000 EUR (петдесет хиляди евро) за целия срок на Застраховката за лекарства, закупени на територията на Република България, след Лечение в чужбина с хоспитализация, продължила над 3 денонощия, при условие са одобрени от Further в Предварителния медицински сертификат;
- 6 000 EUR (шест хиляди евро) за един Период на обезщетение от 36 месеца за дневно обезщетение за хоспитализация за всеки пълен 24-часов период на престой в Болницата, одобрена и посочена от Further в Предварителния медицински сертификат, за лечение на покрито Заболяване или Медицинска процедура, дневно в размер на 100 EUR (сто евро) за срок до 60 дни, вкл.

ЗАД Алианц България Живот

Териториален обхват на застраховката

цял свят, с изключение на Република България, Съединените Американски Щати, Япония и Швейцарска конфедерация.

Застрахователна премия

Годишна застрахователна премия	EUR
Данък върху застрахователна премия	EUR
Обща дължима годишна сума	EUR
Общо месечна вноска по застраховката	EUR

III. ЗАСТРАХОВАН

(Попълва се от КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ. Ако застраховката се сключва като семейна или групова, всеки КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ следва да попълни лично отделно приложение, което съдържа информацията по тази т. III.)

Имена		
Пол	❒ Мъж	❒ Жена
Възраст		
Гражданство		
Данъчно задължено лице в (държава/и)		
Идентификационен номер/а за дан. цели		
л. к./л. п		
изд. на / от МВР		
ЕГН/ЛНЧ		
Дата и място на раждане		
Семейно положение		
Адрес		
Телефон, имейл адрес		
Професия, занятие, месторабота		

IV. ЛИЧНА ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ НА КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

(Попълва се от КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ. Ако застраховката се сключва като семейна или групова, всеки КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ следва да попълни лично отделно приложение, което съдържа информацията по тази т. IV.)

Данни за личния лекар

Имена

Адрес

Телефон

1. През последните 10 години бил/а ли сте диагностициран/а или лекуван/а във връзка с някое от следните заболявания?

A. Някаква форма на злокачествено новообразувание, левкемия, болест на Ходжкин, лимфом, сарком или меланом. ❒ да ❒ не

B. Някакви преканцерозни лезии, гранични тумори, дисплазия, увеличение на простатата или повишен туморен маркер в кръвта (PSA), отклонения в резултатите от цитонамазка или мамография; хипертиреоидизъм; наличие на полипи на дебелото или тънкото черво и/или стомаха, някакви кървящи или болезнени бенки или лунички, или такива, които са с променен цвят или размер, за които все още провеждате лечение или сте под наблюдение. ❒ да ❒ не

C. Някакви болести на кръвта или вродени имунни заболявания, нуждаещи се от лечение в продължение на повече от един месец, които изискват редовно или продължително лечение, различно от спазване на ❒ да ❒ не

специална диета (например апластична анемия, лимфом, левкемия, миелом, миелодиспластичен синдром, сърповидно клетъчна анемия, таласемия).

D. Някаква форма на: ❒ да ❒ не
• Тумор, киста или друго образувание в или около мозъка
• Съдово или циркулаторно състояние, включително мозъчен инсулт, преходни исхемични атаки, мозъчен кръвоизлив (кървене), аномалии на кръвоносните съдове (артерио-венозни малформации, аневризма, тромб или ембол в мозъка или около мозъка).

E. Някаква форма на заболяване на сърцето (включително инфаркт, ангина пекторис, заболяване на съдовете на сърцето, заболяване на сърдечните клапи, сърдечни шумове или ревматична треска, сърдечна недостатъчност, хипертрофия на сърцето или кардиомиопатия (можете да отговорите с „не“, ако се лекувате само за повишено кръвно налягане и/или повишен холестерол). ❒ да ❒ не

F. Диабет (Можете да отговорите с „не“, само ако се касае за гестационен диабет) ❒ да ❒ не

G. Хронично заболяване, засягащо бъбречната функция, диализа, чернодробна цироза или хронична бъбречна недостатъчност. ❒ да ❒ не

2. Имате ли роднини (родители, братя или сестри), страдали преди 50-годишна възраст от: сърдечно-съдово заболяване (инфаркт, направен байпас, инсулт), поликистична болест на бъбреците, рак на червата, млечната жлеза, дебелото черво, яйчника, простатата, меланом, на панкреаса или бъбрека? ❒ да ❒ не

3. Страдате ли в момента или страдал/а ли сте през последните 6 месеца от постоянни или повтарящи се симптоми* и/или признаци, които все още не са изследвани? (Включително бучка в гърдите или тестисите, ректално кървене (без хемороиди),
кръв в урината, необичайна кашлица, жълтеница, необяснима загуба на тегло, главоболия с нарастваща честота, проблеми със зрението (замъглено двойно виждане, необяснима загуба на зрение), със слуха или говорни затруднения, слабост на крайниците, гърчове, припадъци, отклонения в лабораторните резултати на проведени кръвни изследвания) ❒ да ❒ не

4. Имате ли насрочен преглед при лекар или в болница, където симптомите* и/или находките да бъдат допълнително изследвани, или очаквате ли резултати от прегледи и изследвания? ❒ да ❒ не

5. Имате ли проведено или насрочено изследване Ядрено магнитен резонанс на млечната жлеза през последните 12 месеца? ❒ да ❒ не

6. Имал/а ли сте или препоръчвана ли Ви е органна трансплантация? Включен/а ли сте в листата на чакащи за органна трансплантация? ❒ да ❒ не

*** Ако в момента провеждате диагностични тестове, необходимо е да изчакате резултатите от тях, за да отговорите точно и изчерпателно на въпросите.**

V. ДЕКЛАРАЦИИ И ПОДПИС НА КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

В качеството на Кандидат за застраховане, с подписването на това Заявление декларирам, че съм:

- отговорил/а пълно, изчерпателно и вярно на поставените в Личната здравна декларация въпроси и съм съгласен/а тази информация да служи за Оценка на риска по Застраховката;
- декларираните от мен данни са верни и ми е известно, че при невярно посочени данни и обстоятелства по Заявлението, Застрахователят може да прекрати Застраховката или Застрахователното покритие, да

измени Застраховката, да намали застрахователните плащания по Застраховката или да откаже плащане, съгласно Общите условия на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина";
- съгласен/а при настъпване на застрахователно събитие ЗАД „Алианц България Живот" да изисква и получава цялата медицинска документация във връзка с моето здравословно състояние от всички лица, съхраняващи такава информация, вкл. съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето;
- получил/а екземпляр от Съобщение за защита на личните данни на ЗАД „Алианц България Живот", в което ми бяха разяснени целите и начините за обработване на личните ми данни, правата ми във връзка с тях, както и къде мога да намеря повече информация.

Дата: **Подпис на Кандидата за застраховане:**

VI. ДЕКЛАРАЦИИ И ПОДПИС НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ

В качеството на Застраховащ, с подписването на това Заявление декларирам, че съм:
- отговорил/а пълно, изчерпателно и вярно на поставените в Заявлението въпроси;
- декларираните от мен данни са верни и ми е известно, че при невярно посочени данни и обстоятелства по Заявлението, Застрахователят може да прекрати Застраховката или Застрахователното покритие, да измени Застраховката, да намали застрахователните плащания по Застраховката или да откаже плащане, съгласно Общите условия на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина";
- получил/а копие от това Заявление;
- получил/а екземпляр от Съобщение за защита на личните данни на ЗАД „Алианц България Живот", в което ми бяха разяснени целите и начините за обработване на личните ми данни, правата ми във връзка с тях, както и къде мога да намеря повече информация;
- получил/а съм преддоговорната информация по чл. 324 - 326 от Кодекса за застраховането;
- ми беше предоставена възможност да получа Общите условия на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина" на хартиен или електронен носител и желая да получа своите екземпляри:

☐ на хартиен носител ☐ на имейл адрес ☐ по двата посочени начина;

- всяко ползване на имейл адреса по повод на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина" се счита за извършено от мен и ме обвързва, независимо дали съм разрешил и/или одобрил ползването на имейл адреса.

Дата: **Подпис на Застраховащия:**

С радост ще помогнем.
Обадете ни се на 0700 13 014 или посетете сайта ни allianz.bg
Екипът на Allianz