

Заявление за сключване на застраховка

„Алианц Здравна грижа в чужбина“

Обща информация

Попълва се служебно.

Представителство

Град	
Код	
Заявление №	BD

Агент

Име	
Код	
Дата на получаване	

Проверил

Име	
Подпис	
Полица №	

В качеството си на Застраховач/представляващ Застраховачия желая да:

- ☐ сключа Застраховка за първи път;
- ☐ включа Застрахован/и по полица № _____;
- ☐ друго _____

Във връзка с определяне на изискванията и потребностите по чл. 325а, ал. 1 от КЗ, моля, попълнете само относимото:

При Индивидуална застраховка , молим да отговорите на следните въпроси:	
1. Имате ли медицинска застраховка?	☐ да ☐ не
2. Ако имате медицинска застраховка, какъв е нейният териториален обхват?	☐ България ☐ чужбина
При Семейна застраховка , молим да отговорите на следните въпроси:	
1. Вие и/или лицата, които желаете за застраховате, имате ли медицинска застраховка?	☐ да ☐ не
2. Ако Вие и/или лицата, които желаете за застраховате, имате медицинска застраховка, какъв е нейният териториален обхват?	☐ България ☐ чужбина
При Групова застраховка , молим да отговорите на следните въпроси:	
1. За чия сметка ще бъде заплащана застрахователната премия по Груповата застраховка?	☐ за сметка на Застраховачия (в този случай отговорете на въпрос 2 и 3) ☐ за сметка на Застрахованите (в този случай лицата отговарят индивидуално в Приложения, които ще попълнят към това Заявление)



ЗАД Алианц България Живот

2. Сключили ли сте медицинска застраховка на своите служители, работници и лица с договори за управление?	☐ да ☐ не
3. Ако сте сключили медицинска застраховка по предходната точка, какъв е нейният териториален обхват?	☐ България ☐ чужбина

I. Застраховач	
Попълва се само ако Застраховачият е различен от Застрахования.	
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	
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	
В качеството си на Застраховач, желая да сключа Застраховката при следните параметри и условия:	
1. Застраховка "Алианц Здравна грижа в чужбина", като:	☐ Индивидуална застраховка ☐ Семейна застраховка ☐ Групова застраховка
2. Груповата застраховка отговаря едновременно на следните условия: (1) всички (100 %) служители, работници и лица с договори за управление са Застраховани; (2) Застраховката се сключва задължително с поименен списък на Застрахованите (по образец на Застрахователя); (3) Застраховачият има качеството на работодател/ възложител по договор за управление на Застрахованите; (4) Застраховачият поддържа актуален списъка на Застрахованите през целия Срок на застраховката и Застраховани са всички лица по т. (1).	☐ желая да сключа Групова застраховка при посочените условия ☐ не желая да сключа Групова застраховка при посочените условия
3. Брой застраховани лица	
4. Валута на застраховката	EUR
5. Начало на застраховката	
6. Срок на застраховката	безсрочна
7. 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.

8. 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.

9. Териториален обхват на застраховката

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

III. Застрахован

Информацията по т. III се попълва от Кандидата за застраховане.

Ако се сключва Семейна застраховка или Групова застраховката и броят на Застрахованите е под 25 лица, 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 MBP		
ЕГН/ЛНЧ		
Дата и място на раждане		
Семейно положение		
Адрес		
Телефон, имейл адрес		
Професия, занятие, месторабота		

IV. Лична здравна декларация на кандидата за застраховане

Информацията по т. IV се попълва от Кандидата за застраховане.

Ако се сключва Семейна застраховка или Групова застраховка и броят на Застрахованите е под 25 лица, всеки Кандидат за застраховане следва да попълни лично отделно приложение, което съдържа информацията по тази т. IV.

Данни за личния лекар

Имена	
Адрес	
Телефон	

Въпроси

Отговори

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

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 ми покритие, да измени Застраховката или Застрахователното ми покритие, да намали или да откаже изцяло или частично застрахователни плащания по Застраховката, съгласно Общите условия на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“;
- съм 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;
- съм 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, и съм информиран/а, че Съобщение за защита на личните данни на ЗАД „Алианц България Живот“ е достъпно на интернет сайта: www.allianz.bg/gdpr/.

Дата

Подпис на Кандидата за застраховане

VI. Декларации и подпис на застрахователя

В качеството на Застраховател, 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 или да откаже изцяло или частично застрахователни плащания по Застраховката, съгласно Общите условия на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“;
- съм 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, и съм информиран/а, че Съобщение за защита на личните данни на ЗАД „Алианц България Живот“ е достъпно на интернет сайта: www.allianz.bg/gdpr/;
- съм получил/а преддоговорната информация по чл. 324 - 326 от Кодекса за застраховането и (когато е относимо) се задължавам да я предоставя на Застрахованите;
- ми беше предоставена възможност да получа Общите условия на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“ на хартиен и/или електронен носител и желая да получа своите екземпляри:

☐ на имейл адрес ☐ на хартиен носител

- 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 Застрахователя

ЗАД „Алианц България Живот“ се задължава да третира като застрахователна тайна получената чрез това Заявление информация. Попълването и представянето на Заявлението не задължават която и да е от страните да сключи Застраховката. Ако Застраховката бъде сключена, това Заявление ще се счита за неразделна част от застрахователния договор.

С радост ще помогнем.

Обадете ни се на 0700 13 014 или посетете сайта ни allianz.bg

Екипът на Allianz