

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

Обща информация

Попълва се служебно.

Приложение към заявление/ полица №

I. Застрахован

Попълва се 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 това приложение, което е неразделна част от Заявление за сключване на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“.

Моля, имайте предвид, че Кандидат за застраховане е лице, което желае да бъде Застрахован.

Имена	
Пол	<input type="checkbox"/> Мъж <input type="checkbox"/> 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	

II. Лична здравна декларация на кандидата за застраховане

Попълва се 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 това приложение, което е неразделна част от Заявление за сключване на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“.

Моля, посочете данни за Вашия личен лекар и отбележете верния отговор на поставените въпроси.

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?

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

<p>В. Някакви преанцерозни 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.</p>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<p>С. 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, сърповидна клетъчна анемия, таласемия).</p>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<p>Д. Някаква форма на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тумор, киста или друго образуване 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). 	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<p>Е. 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).</p>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<p>Ф. Диабет (можете да отговорите с "не", само ако се касае за гестационен диабет).</p>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<p>Г. Хронично заболяване, засягащо бъбречната функция, диализа, чернодробна цироза или хронична бъбречна недостатъчност.</p>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<p>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?</p>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<p>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).</p>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<p>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?</p>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<p>5. Имате ли проведено или насрочено изследване Ядрено магнитен резонанс на млечната жлеза през последните 12 месеца?</p>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<p>6. Имал/а ли сте или препоръчвана ли Ви е органна трансплантация? Включен/а ли сте в листата на чакащи за органна трансплантация?</p>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не

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

III. Предоговорна информация и Въпросник за определяне на изискванията и потребностите

Когато може да вземете индивидуално решение за сключване на Груповата застраховка и застрахователната премия е за Ваша сметка, сме предоставили на Застрахователя предначанената за Вас предоговорна информация по чл. 324 - 326 от Кодекса за застраховането (КЗ) и това Приложение, което съдържа Въпросник за определяне на изискванията и потребностите по чл. 325а, ал. 1 от КЗ, които да Ви предаде за запознаване и попълване. Посочените по-долу декларации относно предоговорната информация по чл. 324 - 326 от КЗ и Въпросник за определяне на изискванията и потребностите по чл. 325а, ал. 1 от КЗ са неприложими за Вас, ако Застрахователят взема решение за сключване на Груповата застраховка и заплаща застрахователната премия за своя сметка.

Моля, попълнете приложимото за Вас.

Относно предоговорната информация по чл. 324 - 326 от КЗ, подписаният/ата заявявам, че:

(1) съм получил цялата необходима предварителна индивидуализираща информация за Застрахователя, застрахователния посредник и застрахователния продукт; (2) съм уведомен, че Застрахователят и застрахователният посредник не предоставят съвет относно Застраховката.

Въпросник за определяне на изискванията и потребностите по чл. 325а, ал. 1 от КЗ

1. Имате ли медицинска застраховка? да не
2. Ако имате медицинска застраховка, какъв е България чужбина
нейният териториален обхват?

IV. Декларации и подпис на кандидата за застраховане

В качеството на Кандидат за застраховане, с подписването на това Приложение 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

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

С радост ще помогнем.

Свържи се с нас на 0700 13 014 или посети сайта ни allianz.bg

Екипът на Allianz