

2 ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО, ВКЛЮЧЕНИ В ПОКРИТИЕТО ПО ДОГОВОРА

Членове на семейството са вашият/ата съпруг/а, партньор/ка и всички деца, които са финансово зависими от вас до деня преди техния 18-и рожден ден или до деня преди техния 24-и рожден ден, ако са студенти редовно обучение. Ако са на възраст от 18 години до 23 години и се обучават редовно, моля да приложите писмо от колежа/ университета, с което се потвърждава техния студентски статут, или копие от тяхната студентска книжка. Разглеждаме пълнолетни зависими лица за застраховане до деня предшестваш техния 76-и рожден ден. Ако няма достатъчно място за всички зависими лица, моля да използвате друго заявление.

	Член на семейството 1	Член на семейството 2	Член на семейството 3
Връзка със заявителя	Съпруг/а / Партньор <input type="checkbox"/> Дете <input type="checkbox"/>	Съпруг/а / Партньор <input type="checkbox"/> Дете <input type="checkbox"/>	Съпруг/а / Партньор <input type="checkbox"/> Дете <input type="checkbox"/>
Собствено име			
Фамилия			
Дата на раждане	<input type="text" value="ДД"/> / <input type="text" value="ММ"/> / <input type="text" value="ГГГГ"/>	<input type="text" value="ДД"/> / <input type="text" value="ММ"/> / <input type="text" value="ГГГГ"/>	<input type="text" value="ДД"/> / <input type="text" value="ММ"/> / <input type="text" value="ГГГГ"/>
Пол	Мъж <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/>	Мъж <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/>	Мъж <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/>
Професия (задължително, посочете ако лицето е учащ)			
Имейл (задължително за зависими лица над 18 години)			
Родна държава			
Основна държава на местоживееене			
Националност			

Данни за съществуваща местна или международна здравна застраховка

Наименование на застрахователя (ако е приложимо)			
№ на полица (ако е приложимо)			

3 НАЧАЛНА ДАТА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Моля, посочете датата, от която желаете да получите покритие:

Покритието се предоставя след одобрението на Вашето заявление, което се потвърждава единствено чрез издаването на Застрахователен Сертификат на Ваше Име.

4 ДЕТАЙЛИ ЗА ПЛАНА

Този раздел не се попълва, ако кандидатствате като част от групова схема.

Моля да имате предвид, че всеки избран план се прилага за всички участници в полицата



Изберете Вашата зона на застрахователно покритие

Зоната на застраховане се регламентира от пълните условия, посочени в Ръководството за обезщетения.

В целия свят

В целия свят
с изключение на САЩ

Африка

Основни планове

Моля, вижте Ръководството за обезщетения и Таблицата за обезщетения за подробности за различните планове, посочени по-долу.

Първокласен индивидуален

Клубен индивидуален

Класически индивидуален

Основен индивидуален

Изберете самоучастието за Вашия Основен план

Моля да имате предвид, че може да се избере самоучастие по Основен план ИЛИ самоучастие по план за извънболнично лечение. Избраната опция за самоучастие се прилага за всеки участник в полицата, за всяка застрахователна година. Самоучастието по Основен план не са достъпни за участници, кандидатстващи като част от групова схема.

Няма самоучастие

€450/£374/CHF585/\$610

€750/£625/CHF975/\$1,015

€1,500/£1,245/CHF1,950/\$2,025

€3,000/£2,490/CHF3,900/\$4,050

€6,000/£4,980/CHF7,800/\$8,100

€10,000/£8,300/CHF13,000/\$13,500

6 ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ

Моля, отговорете на следните въпроси въз основа на вашата медицинска история и тази на вашите зависими лица. Всички съществени факти (факти, които е вероятно да повлияят на нашата оценка и приемането на това заявление) трябва да бъдат оповестени. Ако имате съмнение дали един факт е съществен, тогава трябва да ни го съобщите. Неоповестяването на всички съществени факти може да направи полицата недействителна. Тази здравна декларация е валидна за два месеца от датата на попълване и подписване на формуляра.

	Основен член	Член на семейство 1	Член на семейство 2	Член на семейство 3
Ръст	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Тегло	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Употребявали ли сте тютюн под някаква форма през последната година?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
Ако да, колко средно на ден?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /ден	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /ден	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /ден	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /ден
Употребявате ли алкохол?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
Ако да, колко единици алкохол употребявате седмично? (1 малко питие = 1 единица, 250ml бира = 1 единица, 1 чаша вино = 1 единица, ако не употребявате, посочете "нула")	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /седмично	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /седмично	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /седмично	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /седмично
Носите ли очила или контактни лещи?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
Ако да, моля посочете:				
• Състояние				
• Диоптри на всяко око (както се посочва в рецептата от лекаря Ви)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Дясно око	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Дясно око	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Дясно око	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Дясно око
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ляво око	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ляво око	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ляво око	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ляво око

1. Всяко от лицата, включени в настоящото заявление, някога страдало ли е, било ли е хоспитализирано или е подложено на изследвания, диагностика или лечение от някакъв вид за следните състояния:

- | | |
|--|---|
| (a) Сърдечносъдово заболяване или нарушения, включително, но не само сърдечна атака, исхемична болест на сърцето, сърдечна аритмия, шум, болка в гърдите, запушвания, нарушения, свързани с кръвообращението, аномално кръвно налягане, висок холестерол и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (b) Кожно заболяване или разстройство, включително, но не само псориазис, дерматит, екзема, алергия, акне и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (c) Ендокринно заболяване или разстройство, включително, но не само диабет, проблеми с теглото, гуша или проблеми с щитовидната жлеза или други хормонални дисбаланси и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (d) Заболяване или разстройство, свързано с очи, уши, нос и гърло, включително, но не само глаукома, загуба на слуха, проблеми със синусите, тонзилите, аденоиди и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (e) Стомашно-чревно заболяване или разстройство, включително, но не само стомашни проблеми, херния, хемороиди, камъни в жлъчката, полипи на дебелото черво, болест на Крон, колит, чернодробни проблеми и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (f) Инфекциозно заболяване или разстройство, включително, но не само: хепатит А/ В/ С, херпес, ХИВ, малария, менингит, инфекция на кръвта, заболявания, предавани по полов път и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (g) Мускулно-скелетно заболяване или разстройство, включително, но не само болка в гърба, врата или ставите, артрит, парализа, смяна на стави, Проблем с хрущяли и връзки и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (h) Неврологично заболяване или разстройство, включително, но не само удар, множествена склероза, епилепсия, невродегенеративно заболяване, припадъци, мигрена, Алцхаймер или друга форма на деменция и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (i) Онкологично заболяване или разстройство, включително, но не само рак, левкемия, лимфом, тумор, кожна лезия, образуване, бучка, Киста, бемка, полип невис и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (j) Психиатрично или психологично разстройство, включително, но не само депресия, безпокойство, синдром на хроничната умора, хранителни разстройства, Проблеми с алкохол/ наркотици и др | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (k) Респираторно заболяване или разстройство, включително, но не само хронична обструктивна белодробна болест, астма, бронхит, синусит, задух и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (l) Урологично заболяване или заболяване на репродуктивните органи, включително, но не само проблеми с бъбреците и пикочните пътища, менструални проблеми, проблеми с фертилитета, фиброиди, ендометриоза, проблем с тестисите или простатата и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (m) Друга злополука, травма, заболяване или разстройство, които вече не са оповестени. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |

2. Моля, уведомете ни дали вие или вашите зависими лица:

- | | |
|---|---|
| (a) Понастоящем вземате лекарства по лекарско предписание или без лекарско предписание, таблетки или друго лечение. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (b) Очаквате да преминете медицинска оценка, насочени сте за по-нататъшни изследвания/ диагностика или чакате резултати или лечение във връзка със злополука, травма, заболяване или разстройство. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |
| (c) Сте преминали изследвания или диагностични процедури през последните 10 години, които са довели до насочване за по-нататъшен медицински съвет или лечение, включително, но не само биопсия, колоноскопия, колпоскопия, компютърна томография (КТ), мамограма, магнитно-резонансна томография (МРТ), тест на Папаниколу (ПАП) или простатно-специфичен антиген (PSA) и др. | ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> |

Моля НЕ посочвайте резултати от генетични изследвания (ДНК или РНК), тъй като те не са необходими за медицинска застраховка.

9 ОПРЕДЕЛЯНЕ НА БРОКЕР

Този раздел трябва да се попълни от заявителя и неговите зависими лица, които желаят да определят брокер за основно лице за контакти.

Упълномощавам

ПОСОЧЕТЕ ИМЕТО НА БРОКЕРА

да действа от мое име във връзка с администрирането на тази полица. Това може да включва оповестяване на чувствителна медицинска информация. Това пълномощно остава в сила докато не поискам в писмен вид от Алианц неговото оттегляне.

Само за служебно ползване - Данни на агента и печат



Подпис на Основен член

Д Д / М М / Г Г Г Г

Подпис на Член на семейството 1

Д Д / М М / Г Г Г Г

Подпис на Член на семейството 2

Д Д / М М / Г Г Г Г

Подпис на Член на семейството 3

Д Д / М М / Г Г Г Г

10 НИЕ СЕ ГРИЖИМ ЗА ЗАЩИТАТА НА ВАШИТЕ ЛИЧНИ ДАННИ

Нашата декларация за защита на данните обяснява как защитаваме вашите лични данни. Това е важно уведомление, което показва как ще обработваме вашите лични данни. Трябва да го прочетете преди да ни предоставите свои лични данни. За да прочетете нашата Декларация за защита на данните, моля посетете: https://www.allianz.bg/bg_BG/individuals/data-privacy.html

Също така, можете да се свържете с нас на телефон + 353 1 630 1301 и да поискате копие на хартиен носител на нашата пълна Декларация за защита на данните. Ако имате някакви въпроси за това как използваме вашите лични данни, можете винаги да се свържете с нас на имейл: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

11 СЪГЛАСИЕ ЗА ТРЕТИРАНЕ НА ДАННИ

Необходимо ни е вашето съгласие за събиране и обработване на данни за вашето здраве и други лични данни. Ако не ни дадете вашето изрично съгласие, може да не сме в състояние да ви предоставим вашата полица или да обработваме искове, които може да имате право да предявите. Ако приемете, ние ще обработваме вашите данни за следните цели и дейности.

За всички участници на възраст под 18 години, съгласието следва да се подпише от родител или настойник.

Аз (заявителят) и зависимите лица, описани по-долу приемат следното:

Име на Основния член	Име на Член на семейство 1	Име на Член на семейство 2	Име на Член на семейство 3

- Разрешение за събиране, съхранение и използване на данни за моето здраве:** Алианц може да събира, съхранява и използва данни за моето здраве за администриране на полицата, например за предоставяне на оферта за застрахователно покритие, застраховане на рисковете или обработване на претенции. Алианц може да съхранява данни за моето здраве в съответствие с Потребителския кодекс, приложим за тази застрахователна полица или с всяко друго приложимо законодателство, изискващо запазването на данните.
- Разрешение за получаване на мои данни от трети страни.** За да ми бъде предоставено застрахователно покритие, за застраховане на рисковете или обработване на претенции, Алианц може да получи данни за моето здраве и други данни от лекари, медицински сестри и болничен персонал, други медицински институции, домове за възрастни, задължителни здравноосигурителни каси, спонсора на моя план, професионални сдружения и публични власти. Приемам да освободя всички физически лица в тези институции и Алианц от техните съответни задължения за поверителност, свързани с данни за моето здраве или други данни, които те следва да споделят и използват за целите, посочени тук.
- Споделяне на моите данни извън Алианц.** Алианц може да споделя данни за моето здраве и други данни с експертите или институциите, посочени по-долу. Те ще използват данните само до същата степен и за същите цели като Алианц. Разбирам, че Алианц сключва споразумения с тези институции за защита на моите данни. Приемам да освободя всички физически лица в тези институции и Алианц от техните съответни задължения за поверителност, свързани с данни за моето здраве или други данни, които те следва да споделят и използват за целите, посочени по-долу:
 - С независими медицински експерти, за да могат те да оценят застрахователните рискове и всички обезщетения, които следва да бъдат платени на мен или на трети страни, осигуряващи лечение или обслужване за мен по моята застрахователна полица.
 - С доставчици на услуги извън групата дружества на Алианц, които извършват определени услуги от името на Алианц, като оценки на риска и обработка на претенции, когато:
 - Тези услуги включват събирането и използването на данни за моето здраве и други данни, и
 - Алианц няма да може да администрира моята полица или да изплаща дължими обезщетения без такива данни.
 - Със съ-застрахователи за разпределяне на покритието на застрахователния риск, заедно с други компании, на които Алианц издава полицата и за съвместно обработване на претенции.
 - С други застрахователи/презастрахователи, които може да покриват същия застрахователен риск едновременно (множествена застраховка) за:
 - Разпределение на плащането на обезщетение, което може да се дължи на мен, или
 - Сътрудничество за откриването или превенцията на измами и финансови престъпления.

Ако променя решението си за моите предпочитания по-горе, включително оттегляне на моето съгласие за някои от тези позиции, мога да уведомя Алианц по имейл AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com



Подпис на Основен член

Д Д / М М / Г Г Г Г

Подпис на Член на семейство 1

Д Д / М М / Г Г Г Г

Подпис на Член на семейство 2

Д Д / М М / Г Г Г Г

Подпис на Член на семейство 3

Д Д / М М / Y Y Y Y

12 МАРКЕТИНГОВА ИНФОРМАЦИЯ

Аз (Основният застрахован) и ЗА моите допълнително застраховани лица приемам, че Алианц може да събира, използва и оповестява мои лични данни, за да ми предоставя маркетингова информация. Разбирам, че моите лични данни ще се използват само за следните цели и дейности, с които аз изрично се съгласявам като посочвам по-долу.

Име на Основен застрахован	Име на Член на семейството 1	Име на Член на семейството 2	Име на Член на семейството 3

Информация, която Алианц използва за свои продукти и услуги, включително актуализации за техните последни промоции и нови продукти и услуги.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Информация, изпращана директно от други дружества от Алианц Груп за техни продукти и услуги. Разбирам, че ще им предоставяте мои данни за контакт за тази цел.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Информация, изпращана директно от бизнес партньорите на Алианц за техни продукти и услуги. Разбирам, че ще им предоставяте мои данни за контакт за тази цел.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Такива съобщения следва да се изпращат до мен по следните начини:

Имейл	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вградени нотификации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Телефон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Поща	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 ДАННИ ЗА ПЛАЩАНЕТО

Не е необходимо да попълвате този раздел, ако кандидатствате като част от групова схема и вашият работодател плаща премията.

Моля не извършвате никакви плащания, докато не получите номера на своята полица.

Валута на премията

Моля, поставете отметка, за да посочите предпочитаната от вас

Евро	<input type="checkbox"/>
Британски лири (GBP)	<input type="checkbox"/>
Швейцарски франкове (CHF)	<input type="checkbox"/>
Щатски долари	<input type="checkbox"/>

Можете да използвате директен дебит за плащания в евро, британски лири (GBP) и швейцарски франкове (CHF), но не и в щатски долари (USD).

Честота и начин на плащане:

Плащанията подлежат на следните административни надбавки. 0% за годишно плащане, 3% за плащания на полугодие, 4% плащания на тримесечие и 5% за месечни плащания.

Моля, поставете отметка, за да посочите предпочитаната от вас честота и начин на плащане:

	Годишно	На полугодие	На тримесечие	Месечно
Директен дебит (За плащания в евро, британски лири и швейцарски франкове)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кредитна карта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Неприложимо
Банков превод	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Неприложимо

Ако изберете плащане с директен дебит, моля попълнете и представете съответното пълномощно за директен дебит, което е налично на: www.allianzcare.com/en/international-individual-health-insurance/paper-applications/

Моля да имате предвид, че ако вие сте член на групова схема и желаете плащане с директен дебит, трябва да изберете опцията за ежемесечно плащане.

ПЛАЩАНЕ С КРЕДИТНА КАРТА

Ако изберете да платите с кредитна карта, моля да представите следната информация:

Вид на картата MasterCard VISA American Express JCB Diners Club Discover

Име на картопритежателя

Номер на карта Срок на валидност / / /

CVV код


VISA, MasterCard, Discover and Diners Club: последните три знака на панела за подпис на гърба на картата.

American Express: четирицифрения номер, отпечатан отпред на картата над номера на картата.

По причини на сигурността, след като прехвърлим тази информация в нашата система, ще премахнем данните за кредитната карта от заявлението и ще ги унищожим.

Упълномощаване за кредитна карта

Упълномощавам Алианц да задължава моята кредитна карта с размера на премията за здравна застраховка. Разбирам, че ще бъда уведомен за премията, когато моята застраховка/ подновяване бъдат приети или ако направя искане, засягащо премията, като например добавяне на зависимо лице. Тези плащания ще продължат докато анулирам инструкцията с писмено предизвестие до Алианц. Разбирам, че ще ми бъде изпратено едномесечно предизвестие за всяко повишение на годишната премия.

 Подпис на картодържателя _____ Дата / / /

Allianz Partners

15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland

Алианц България Живот

Застрахователно акционерно дружество

Адрес: 1527 София, бул.Княз А.Дондуков 59

Тел/факс: 02/930 22 00

E-mail: life@allianz.bg, www.allianz.bg