

Настоящият въпросник-предложение има за цел да предостави информацията, необходима за правилното определяне на застрахователното покритие, от което се нуждае ползвателят на застрахователни услуги, във връзка с предлаганите от „ЗД ЕВРОИНС“ АД покрития по продукта „Злополука на спортисти“.

Моля Ви, отговорете пълно и точно на поставените по-долу въпроси, като там, където има възможност за избор, отбележете верния отговор чрез поставяне на знак „V“ или знак “X” в съответното поле. В случай че предвиденото място за отговор или попълване на информация е недостатъчно, моля Ви, изложете своя отговор или съответната информация на отделен лист, който след това приложете към настоящия въпросник-предложение.

I. ЗАСТРАХОВАЦ	
Име/Наименование:	ЕГН/ЛНЧ/ЕИК:
Адрес:	Тел.:

II. ВЪПРОСИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ЗАСТРАХОВАНЕ

1. Кого желаете да застраховате? себе си (застраховация) друго лице, а именно:

Име: _____ ЕГН/ЛНЧ: _____

Адрес: _____ Тел.: _____

Група от лица по поименен списък, които са състезатели/членове работници/служители на застрахования

2. За кой вид спорт желаете да важи застрахователното покритие?

Вид спорт	Начин на практикуване
	<input type="checkbox"/> Професионално <input type="checkbox"/> Любителски
	<input type="checkbox"/> Професионално <input type="checkbox"/> Любителски

3. Кои основни рискове желаете да включва покритието?

Отбележете поне един риск

Смърт вследствие на злополука Трайно загубена работоспособност вследствие на злополука

**Риск „смърт“ не се покрива за малолетни лица!*

4. Кои допълнителни рискове желаете да включва покритието? *Може да не отбележите нито един риск*

Временна неработоспособност вследствие на злополука Медицински разходи вследствие на злополука

Разходи за репатриране вследствие на злополука Спасителни разходи вследствие на злополука

5. За какъв срок желаете да е валидно покритието? Начална дата: _____

Крайна дата: _____

6. Ред за плащане на премията по застраховката? Еднократно

Разсрочено на вноски

7. Ползвачи лица в случай на смърт на застрахованото лице вследствие на злополука:

Законните наследници

Посоченото по-долу лице/лица:

Име: _____

ЕГН/ЛНЧ: _____

Име: _____

ЕГН/ЛНЧ: _____

Име: _____

ЕГН/ЛНЧ: _____

III. ОБСТОЯТЕЛСТВА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК

8. Застрахователна сума за едно лице: лева

9. Има ли сред лицата, предлагани за застраховане, лице с трайно загубена работоспособност? Не Да

При отговор „Да“ посочете кое лице и: _____%, диагноза: _____

Забележка: Лица с над 50 % загубена работоспособност не се приемат за застраховане.

10. Териториален обхват на покритието: Република България Цял свят

11. Валидност на покритието: По време на спортни състезания По всяко време

12. Изисква ли се използване на предпазна екипировка и/или оборудване по време на практикуване на съответния спорт по т.2? Не Да *При отговор „Да“ посочете какво включва екипировката/оборудването:*

.....

13. През последните 3 години настъпвали ли са злополуки с кандидата/ите за застраховане:

Не Да *При отговор „Да“, моля, попълнете таблицата по-долу.*

Временна неработоспособност		Трайна неработоспособност		Смърт
година	причинени травми	година	причинени травми	година

14. Специални изисквания или особености във връзка със застрахователното покритие:

- 1) ...
- 2) ...
- 3) ...

IV. ДЕКЛАРАЦИЯ

Аз, долуподписаният, декларирам, че съм:

1. отговорил на всички въпроси в този въпросник-предложение вярно и изчерпателно;
2. посочил цялата известна ми информация относно обстоятелствата, свързани със застрахователния риск, като не съм укрил никакви данни и друга информация, които имат съществено значение за поемане на отговорността от страна на застрахователя относно сключване на застраховката;
3. запознат, че при неточно обявяване или премълчаване на обстоятелства, свързани със застрахователния риск, се прилагат съответните разпоредби на Кодекса за застраховането;
4. получил обективна информация относно застрахователния продукт в разбираема форма, която ми дава възможност да взема информирано решение относно сключването на застраховка, включително приложимия закон спрямо застраховката.

Дата:

За застрахователя:

(име, фамилия)

(подпис)