

ВЪПРОСНИК
за идентификация на застрахователните потребности по
групова „Медицинска застраховка“

Настоящият въпросник-предложение има за цел да предостави нужната информация за правилното определяне на застрахователното покритие, от което се нуждае ползвателя на застрахователни услуги, във връзка с предлаганите от VA Insurance покрития по застраховка „Медицинска застраховка“. Въпросник-предложението е разработено съобразно насоките на Европейският орган за застраховане и професионално пенсионно осигуряване, както и изискванията на Директива (ЕС) 2016/97 относно разпространението на застрахователни продукти.

За да бъде определена правилно Вашата индивидуална потребност от застрахователна защита, съобразно предлаганите от VA Insurance покрития по застраховката, моля отговорете точно и изчерпателно на поставените въпроси (с „х“ и/или текст в празното поле или с ограждане на верния отговор). В случай че предвиденото място за отговор се окаже недостатъчно, моля изложете отговорите си на допълнителен лист, който след това приложете към Въпросник - предложението.

Идентификация на нуждите и изискванията на ползвателя на застрахователни услуги във връзка със застраховката:

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗАСТРАХОВАЩИЯ:

Три имена:.....

ЕГН:, Телефон:, електронна поща:

Представител на фирма:

.....

ЕИК:, Адрес:

Телефон:, електронна поща:

В качеството ми на:

Предмет на дейност на фирмата.....

Информация за застрахованите служители на представляваната от мен фирма:

Общ брой лица:; Средна възраст:

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ В БРОЙКИ	ЖЕНИ	МЪЖЕ

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ЛИЦАТА ПО ОБЛАСТИ	БРОЙ ЛИЦА
ОБЩО	

Начало на застраховката:....., при следните условия:

Застрахователни пакети:

ПАКЕТИ	ОПЦИЯ		
	МИНИМАЛНА с Агрегатен лимит 1700,00 лв.	РАЗШИРЕНА с Агрегатен лимит 2200,00 лв.	ЛУКСОЗНА с Агрегатен лимит 11 000,00 лв.
1. „Профилактика и предпазване от заболяване”			
2. „Извънболнична помощ”			
3. „Болнична помощ”			
4. „Комфорт” (за групи над 50 лица)			
5. „Разходи за лекарства и медицински стоки”			
6. „Дентална помощ” (за групи над 50 души)			
7. „Алтернативно лечение” (за групи над 50 лица)			

*Агрегатният лимит е за едно лице за целия застрахователен срок. Агрегатният лимит е общата сума на покритията.

Информация на съдържанието на пакетите:

- **Профилактика и предпазване от заболявания** – здравни услуги, свързани с ранна превенция на заболяванията.
- **Извънболнична помощ** – достъп до лекари-специалисти и високоспециализирани медицински изследвания.
- **Болнична помощ** – диагностика, процедури и оперативни интервенции в звена на многопрофилни и специализирани болници за активно лечение.
- **Комфорт** – специализирани грижи за пациента, свързани с избор на лекар/екип, раждане, закупуване на скъпоструващи медицински изделия.
- **Разходи за лекарства и медицински стоки** – реимбурсиране на закупени медицински стоки (лекарства, помощни и корекционни средства).
- **Дентална помощ** – терапевтична и хирургична помощ при стоматологични проблеми.
- **Алтернативно лечение** – реимбурсиране на разходи за извършено нетрадиционно лечение и медикаменти.

Специални изисквания, които да бъдат включени в застраховката:

Моля отбележете с X в квадратчето на елемента, който искате да присъства в застрахователната полица.

- Покриване на „Минали и хронични заболявания”:
 - Диагностика, лечение и проследяване на хронични заболявания и/или съществуващи отклонения от здравния статус. ☐
 - Медицински услуги, свързани с последяване / наблюдение на хронично заболяване. ☐
 - Здравни стоки, свързани с лечение на хронични заболявания. ☐
- Включване в покритието на пакет „Профилактика и предпазване от заболяване” на прегледи и/или изследвания, които се изисква да бъдат извършени, съгласно предписание на Службата по трудова медицина. ☐
 Опишете на редовете по-долу конкретни прегледи и услуги, които да бъдат включени в пакет „Профилактика и предпазване от заболяване”.

- Включване в покритието по пакет „Извънболнична помощ” на услугата „Проследяване на бременност”. ☐
- Включване на пакет „Комфорт”, когато групата е по-малка от 50 лица. ☐
- Включване на пакет „Дентална помощ”, когато групата е по-малка от 50 лица. ☐
- Включване на пакет „Алтернативно лечение”, когато групата е по-малка от 50 лица. ☐
- Желаєте ли да бъде включено „Раждане” в пакет „Комфорт”? ☐
- Различни от стандартните лимити: ☐

.....
.....
.....
9. Други изисквания:
.....
.....
.....
.....

Б. ВЪПРОСНИК:

1. Сключвали ли сте медицинска застраховка /договор за доброволно здравно застраховане през предходни години? ДА / НЕ

Ако ДА, моля, попълнете таблицата:

Предишен Застраховател	Поредна година	Брутна щетимост

2. При групов договор:

2.1. Изцяло ли Медицинската застраховка ще е за сметка на Работодателя? ДА / НЕ

Ако е ДА, с какъв процент?%

2.2. Има ли служители, граждани на държави извън ЕС? ДА / НЕ

Ако е ДА, приблизителен брой?

2.3. Желая да се предложат същите условия за членове на семействата на служителите на представляваната от мен фирма. ДА / НЕ

Ако имате информация за тяхната бройка, моля да я посочите:

Брой лица:,

Декларация на кандидата за застраховане:

1. Декларирам, че предоставената от мен информацията в настоящия Въпросник-предложение за застраховане и приложените документи е вярна и изчерпателна.

2. Потвърждавам, че разпространителят на застрахователни продукти ми е предоставил достатъчна информация по разбираем за мен начин, относно застрахователния продукт, за да мога да взема информирано решение за сключването на застрахователен договор.

3. Получих информационният документ за застрахователния продукт;

4. Бях уведомен за вида и естеството на възнаграждението по застраховката;

5. Бях уведомен достатъчно време преди сключването на настоящата застраховка, че Застрахователят не предоставя съвет относно разпространяваните от него застрахователни продукти.

☐ Получих/☐ Не получих информацията по чл. 13 от Общия регламент относно защита на данните (ЕС) 2016/679

☐ Съгласен съм/ ☐ Не съм съгласен

VA Insurance да обработва личните ми данни за маркетингови и промоционални цели във връзка с предоставяните от него застрахователни услуги.

Информиран съм, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, като изпратя електронно съобщение до следния email адрес: **information.bg@vainsurance.com**

Съзнавам, че оттеглянето на съгласието ми не засяга законосъобразността на обработването преди неговото оттегляне.

Дата:

Гр.:

Кандидат за застраховане:

(три имена, подпис)

Въпросник е приет от представител на VA Insurance:

.....
/трите имена/

ГП/П:, Код:

Въпросникът е приет от представител на Агент/Брокер:,

Брокер:ЕГН/ЕИК:

Данни за вида и естеството на възнаграждението по застраховката:

- При директни продажби: Възнаграждение (заплата) по трудово правоотношение.
- При продажби чрез посредник: Комисионно възнаграждение включено в застрахователната премия.

Дата:

Подпис: