

ЗАЯВЛЕНИЕ №

за сключване на международна здравна застраховка „HEALTH CLUB“

Вид застраховка:	Здравна застраховка „HEALTH CLUB“
Брокер:	Болерон Консултинг ЕООД
Териториален обхват:	Европа (Зона 4)
Продуктово ниво:	Сребърно – 1 000 000 EUR
Застрахователен срок:	1 година
Брутна годишна премия:	
Данък 2%:	
Нетна годишна премия:	
Начин на плащане:	Месечно
Разсрочена премия /Депозит при подаване на заявлението:	

ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ - ЗАСТРАХОВАЩ

Имена:	
ЕГН:	
Дата на раждане:	
Пол:	
Гражданство:	Българско
Държава на пребиваване:	
Мобилен телефон:	
Адрес за кореспонденция:	Електронен
Постоянен адрес: (населено място, квартал, улица, номер, етаж, апартамент и пощенски код)	

ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ - ДЕТЕ 1

Имена:	
ЕГН:	
Дата на раждане:	
Пол:	
Държава на пребиваване:	
Връзка със застрахователя:	

ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ - ДЕТЕ 2

Имена:	
ЕГН:	
Дата на раждане:	
Пол:	
Държава на пребиваване:	
Връзка със застрахователя:	

ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ - ДЕТЕ 3

Имена:	
ЕГН:	
Дата на раждане:	
Пол:	
Държава на пребиваване:	
Връзка със застрахователя:	

Моля, имайте предвид, че попълването на настоящото заявление не означава, че е сключен застрахователен договор със ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД. Застрахователното дружество има право да поиска допълнителна информация или документи, а също и по своя преценка, въз основа на оценката на риска, да промени параметрите или да откаже сключването на застрахователен договор. При оценката на риска се вземат под внимание всички предоставени данни – за здравословното състояние, възрастта, професията, дейността, финансови данни и всяка друга предоставена информация. Ако застраховка може да бъде сключена, но при други условия, Дружеството издава застрахователен договор с новите условия, а Застраховачият взема решение дали да го приеме. Важно е да знаете, че платената премия се възстановява по посочената от Застраховачия в настоящото заявление банкова сметка в срок от 7 (седем) работни дни, ако Застраховачият не приеме застрахователния договор. В случай че Застраховачият не е посочил банкова сметка в настоящото заявление, срокът от 7 (седем) работни дни започва да тече от датата, на която той предостави на Застрахователя удостоверение за такава.

Дружеството не носи отговорност за парични суми, предадени и получени от лице, което не е изрично и писмено упълномощено за това, а също и за предадени на упълномощено лице суми над определените в пълномощното/договора размери.

ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД в качеството си на администратор на лични данни защитава и пази поверителността на Вашите данни при спазване изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент, Закона за защита на личните данни и Вътрешните правила и политики на Дружеството. Повече информация относно целите и условията, при които се обработват личните Ви данни, може да бъде намерена на интернет адрес: www.bulstradlife.bg.

ДЕКЛАРАЦИИ:

- Декларирам, че получих Уведомление за поверителност, съдържащо информация за обработване на предоставените от мен лични данни, запознах се с него и го приемам.
- Декларирам, че ми беше предоставена обективна и изчерпателна информация за застрахователния продукт, която ми позволява да взема информирано решение.
- Декларирам, че получих **Информационен документ** за избраната застраховка достатъчно рано и в разумен срок преди сключване на застрахователния договор.
- Декларирам, че получих **Преддоговорна информация** по избраната застраховка.
- Декларирам, че получих **Общите условия по избраната застраховка**.

ПОЛЗВАЩИ СЕ ЛИЦА:

Във всички случаи при възстановяване на разходи ползващо се лице е Застрахованият (независимо дали е основен застрахован или е допълнително застраховано лице), ако е пълнолетен. Ако Застрахованият е под 18-годишна възраст ползващо се лице е родителят му/законният му настойник/попечител.

Дата и електронен подпис: