

## Заявление за сключване на медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors“

адрес: 1527 София, бул. Княз Ал. Дондуков 59  
тел/факс: 930 22 00, 943 34 51, e-mail: life@allianz.bg; www.allianz.bg

Представителство, гр. .... Ког ..... Заявление № **BD**.....  
Агент: Име ..... Ког ..... Дата на получаване .....  
Проверил: Име ..... Подпис ..... Полица № .....  
Решение за сключване: .....

Сключване на нова застраховка  Включване на застраховано/и/ лице/а/ по полица № .....

### I. Договорител /Застраховател/:

Име .....  
Три имена на латиница.....  
 ЮЛ/ЕТ  Мъж  Жена Гражданство:.....  
Лични данни л.к. / л.п. .... изд. на ..... от ..... ЕГН /ЛНЧ.....  
Дата и място на раждане: ..... Семейно положение .....  
Адрес: .....  
Телефон, факс, ел.поща: .....  
ЕИК на ЮЛ/ЕТ, представляващ, ЕГН .....

### II. Данни за застраховката:

#### Медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors“

Индивидуална застраховка  Семейна застраховка  Групова застраховка  
Възраст: ..... г. (Брой застраховани лица: .....)  
Валута: евро (EUR) Начало (гг/мм/гггг): Край (гг/мм/гггг): Срок на застраховката:  
..... /..... /..... г. .... /..... /..... г. 1 година с автоматично подновяване

#### Покрити болести и медицински процедури:

1. Лечение на злокачествено новообразувание
2. Байпас на коронарната артерия (миокардна реваскуларизация)
3. Смяна на сърдечна клапа
4. Неврохирургия
5. Трансплантация на органи/тъкани от живи донори

#### Застрахователни суми и лимити:

- Максимална сума на обезщетенията - 1 000 000 EUR за една застрахователна година и 2 000 000 EUR за целия период на действие на застраховката;
- Лимит за стойността на лекарства, закупени на територията на Република България, след лечение на покрито заболяване или медицинска процедура, одобрени от Best Doctors в Предварителния медицински сертификат - до 50 000 EUR (петдесет хиляди евро) за целия период на действие на застраховката;
- Лимит за дневно обезщетение в размер на 100 EUR (сто евро) за хоспитализация в болницата, одобрена от Best Doctors в Предварителния медицински сертификат за лечение на покрито заболяване или медицинска процедура - за максимум 60 дни за едно застрахователно събитие.

Териториален обхват на застраховката: Цял свят с изключение на Република България

Месечна застрахователна премия/Обща месечна застрахователна премия: ..... евро (словом .....)

Дължим данък по ЗДЗП върху застрахователната премия: ..... евро

Общо дължима месечна сума по застраховката: ..... евро (словом .....)

Договорителят декларира, че е предоставил информацията за себе си, представляваща лични данни и друга допълнителна информация, доброволно като необходимо условие за сключване на застраховката и е съгласен ЗАД "Алианц България Живот" да обработва и предоставя личните данни и друга допълнителна информация по начина, посочен в т.31 от заявлението.

Договорителят декларира, че е запознат с и приема Общите условия по медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors" на ЗАД "Алианц България Живот", актуални към датата на сключване на застраховката.

Град, дата .....

Град, дата .....

Подпис на договорителя:.....

Подпис на агента /брокера/: .....

### III. Застрахован:

Име .....

Мъж                     Жена                    Възраст: ..... г.                    Гражданство: .....

Лични данни л.к. / л.п. .... изд. на ..... от ..... ЕГН /ЛНЧ.....

Дата и място на раждане: ..... Семейно положение .....

Адрес: .....

Телефон, факс, ел.поща: .....

Професия, занятие, месторабота: .....

.....

#### ЛИЧНА ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ НА КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

.....

Посочете името, адреса и телефона на Вашия личен лекар: .....

.....

**Имате ли в момента или имали ли сте през последните 10 години някои от следните заболявания, които да са налагали болнично или друг вид лечение, проследяване, наблюдение от медицински специалист или диагностициране на потенциални симптоми \* за някое от следните състояния: (да / не)**

1. Злокачествено новообразувание , включително болест на Ходжкин?  да  не

2. Някакъв вид тумор или киста на мозъка, черепа или гръбначния мозък?  да  не

3. Левкемия или болести на кръвта, нуждаещи се от лечение в продължение на повече от един месец?  
(например анемия, лимфом, миелом, хемофилия или нарушения на кръвосъсирването)  да  не

4. Премалигнен или ин ситу тумор, включително, но и не само тумор на млечната жлеза/гинекологичен,  
на пикочния мехур или премалигнени състояния на простатата?  да  не

5. Някаква форма на заболяване на сърцето? (например инфаркт, ангина, кардиомиопатия,  
заболяване на сърдечните клапи, сърдечни шумове или ревматизъм; можете да отговорите с НЕ,  
ако се лекувате само за повишено кръвно налягане и / или повишен холестерол.)  да  не

6. Някаква форма на мозъчен инсулт или кръвене в мозъка?  да  не

7. Някаква форма на диабет?  да  не

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

Декларирам, че съм отговорил пълно, изчерпателно и вярно на поставените по-горе въпроси и съм съгласен, тази информация да служи за оценка на риска по застраховката. ЗАД "Алианс България Живот" не може да бъде отговорно при иск за заболяване, травми или смърт, причината за които ми е била известна преди сключването на застраховката и е била съзнателно укрита или неточно обявена от мен в настоящата декларация. Възлагам който и да е лекар, медицинска сестра, болничен служител или работодател, НЗОК или РЗОК да предоставя на ЗАД "Алианс България Живот" всякаква информация за моето здравословно състояние.

Декларирам, че съм предоставил информацията за себе си, представляваща лични данни и друга допълнителна информация, доброволно като необходимо условие за сключване на застраховката и съм съгласен, ЗАД "Алианс България Живот" да обработва и предоставя моите лични данни и друга допълнителна информация по начина, посочен в т.31 от заявлението.

Декларирам, че съм получил копие от настоящото заявление и приемам поясненията към него, представляващи информацията по чл. 185 от Кодекса за застраховането.

Декларирам, че съм запознат с и приемам Общите условия по медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors" на ЗАД "Алианс България Живот", актуални към датата на сключване на застраховката.

Град .....

Погнис на кандидата за застраховане:.....

Дата .....

.....

**СПИСЪК**  
**на лицата – кандидати за застраховане по застраховка „Allianz Best Doctors“**

№	Име, презиме фамилия	ЕГН/ЛНЧ	Дата на раждане	Възраст	Месечна премия (евро)
<b>Обща месечна премия (евро):</b>					

Град, дата .....

Град, дата .....

Погнис на договорителя:.....

Погнис на агента /брокера/: .....

## Сключване на договора за застраховка

1. За сключването на застрахователния договор е необходимо попълването на настоящото заявление от страна на договорителя (застрахователя). При сключване на семейна или групова застраховка се попълва и подписва и списъкът на лицата – кандидати за застраховане.
2. Всеки кандидат за застраховане (застрахован) е длъжен лично да отговори пълно, точно и вярно на поставените в личната здравна декларация въпроси и да я подпише собственоръчно. Когато кандидатът за застраховане е на възраст до 18 години, личната здравна декларация за това лице се попълва и подписва от негов законен представител, който вписва своите имена под подписа си.
3. Договорителят и кандидатът/ите за застраховане подписват собственоръчно настоящото заявление и личната/ите здравна/и декларация/и, с което удостоверяват съгласието си за сключване на застраховката при посочените условия и верността на декларираните от тях данни.
4. Съгласно чл.189 от Кодекса за застраховането застрахователят има право да откаже изцяло или частично изплащането на застрахователно обезщетение и да задържи платените премии, в случай че при сключване на застраховката договорителят или застрахованият съзнателно са обявили неточно или са премълчали обстоятелство, за което писмено е поставен въпрос от застрахователя.
5. В случаите когато се сключва застраховка върху трето лице, договърът за застраховка има сила само, ако е сключен с писменото му съгласие или със съгласието на законните му представители, когато то е на възраст до 18 години. Писменото съгласие на третото лице се удостоверява със собственоръчен подпис в заявлението за сключване на застраховката. Третото лице може винаги да се противопостави писмено пред застрахователя, който е длъжен да прекрати действието на застрахователния договор за това лице.
6. При представяне на настоящото заявление договорителят е длъжен да плати първата дължима застрахователна премия.
7. Застрахователният договор се сключва с издаването от ЗАД „Алианц България Живот“ и подписването на застрахователна полица. Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ този, в който е издадена и подписана застрахователната полица, при условие че е платена първата дължима застрахователна премия.
8. Срокът на застраховката е една година. При изтичане срока на застраховката и при условие че е платена застрахователна премия, застраховката се подновява автоматично за срок от една година, освен ако договорителят не заяви изрично отказа си от нея в срок най-късно до един месец преди края на застраховката.

## Плащане на застрахователните премии

9. Договорителят (застрахователят) е длъжен сам да се грижи за редовното плащане на дължимите застрахователни премии по застрахователния договор, без да чака застрахователят да му напомня за това.
10. За редовно платени се считат застрахователните премии, платени по установения от ЗАД „Алианц България Живот“ ред, посочен в приложимите към застраховката общи условия.
11. Заплащането на премията се извършва по банков път по сметката на ЗАД „Алианц България Живот“ или по друг начин, определен от застрахователя. Евантуално възникналите във връзка с плащането на застрахователната премия разходи са за сметка на платеща.
12. ЗАД „Алианц България Живот“ не носи отговорност, в случай че плащането на застрахователните премии не може да бъде удостоверено от договорителя с представяне на документ за платена сума.
13. Застраховката е в сила, ако месечната премия е редовно платена. Ако дължимата месечна премия не бъде платена редовно, т.е. най-късно до последния ден на предходния месец от срока на застраховката, действието на застраховката по отношение на покритите рискове се прекратява.
14. При предплащане на дължимите премии за по-дълъг период от време ЗАД „Алианц България Живот“ прави отстъпка в размер, определен от него.
15. ЗАД „Алианц България Живот“ си запазва правото да променя застрахователните премии годишно на основание на съответните актуарски изчисления. В допълнение към тези промени размерът на дължимата застрахователна премия се определя в зависимост от възрастта на застрахования. Извършената на тези основания промяна в размера на дължимата застрахователна премия влиза в сила от датата на подновяване на застраховката.
16. Със сключването на застрахователния договор Договорителят се съгласява с възможните промени по отношение размера на застрахователната премия.

## Уреждане на претенции

17. ЗАД „Алианц България Живот“ дължи суми и обезщетения по действащи застрахователни договори само за рисковете и в размерите, посочени в застрахователната полица, при условие че дължимите застрахователни премии са редовно платени.
18. Във връзка с покритите заболявания и медицински процедури ЗАД „Алианц България Живот“ поема единствено и само разходите, изрично посочени в Общите условия по медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors“, до лимитите по застраховката.

19. Правото на обезщетение по застраховката възниква единствено, когато някое от покритите по застраховката заболявания или медицински процедури са диагностицирани или са проявили първите си медицински документирани симптоми след изтичане на периода от 180 дни, считано от началото на застраховката или от влизането в сила на застраховката за съответния Застрахован /Период на изключване/.
20. При диагностициране на покрито заболяване или медицинска процедура Застрахованият или неговият законен представител са длъжни да спазят Процедурата за уреждане на претенции, описана в Общите условия по медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors“.
21. Спазването на Процедурата за уреждане на претенции е необходимо условие за получаването на лечение, услуга, стока или медицинско предписание във връзка с покрито по застраховката заболяване или здравословно състояние.
22. При претенция по застраховката от страна на Застрахования същият е длъжен да се обърне директно към Best Doctors възможно най-бързо на тел. 0892 90 85 25, за да уведоми Best Doctors за потенциалната претенция, както и да изпълни всички искания, указания и препоръки на Best Doctors.
23. Решението по отношение валидността на претенцията се взема от страна на Best Doctors, като, ако решението е положително, и Застрахованият реши да получи лечение извън Република България, той трябва да уведоми за това Best Doctors. Best Doctors предоставя на Застрахования списък на препоръчителните болници извън Република България. След това Застрахованият е длъжен да уведоми Best Doctors в рамките на три месеца от получаването на доклада коя от болниците е избрал.
24. Когато Best Doctors получи потвърждението на Застрахования за избраната от него болница от списъка на препоръчителните болници за лечението, Best Doctors организира приема на Застрахования в избраната болница и издава Предварителен медицински сертификат, валиден само за упоменатата болница.
25. Предварителният медицински сертификат осигурява на Застрахования достъп до лечение, услуги, стоки или медицински предписания, свързани с покритието, осигурено от застраховката при условията/ограниченията, посочени в Предварителния медицински сертификат.
26. ЗАД „Алианс България Живот“ поема разходите за лечението, услугите, стоките и/или медицинските предписания в болницата, за която е издаден Предварителен медицински сертификат, при условията/ограниченията, посочени в Предварителния медицински сертификат, и в съответствие с условията на застрахователния договор.
27. Застрахованият и неговите роднини са длъжни да допускат посещения от лекари, работещи за Best Doctors и/или за Застрахователя и получаването на всякакви сведения, считани от Застрахователя за необходими, като за тази цел лекарите, които са посетили и прегледали Застрахования, се освобождават от задължението да пазят професионална тайна.
28. Недопускането на тези посещения и/или на получаването на сведения е основание за Застрахователя да откаже застрахователно обезщетение по съответната претенция, покрита по условията на застраховката.

## Други условия

29. Съдържанието на издадената застрахователна полица може да се отклонява от това, съдържащо се в това заявление. Подписването и подаването на това заявление не означава, че застрахователният договор е сключен.
30. Каквито и да било устни уговорки, направени по повод на застрахователния договор, не обвързват ЗАД „Алианс България Живот“.
31. Предоставените с настоящото заявление лични данни на кандидата за застраховане и договорителя, както и цялата допълнителна информация, ще бъдат използвани и обработвани от ЗАД „Алианс България Живот“ единствено във връзка със сключвания застрахователен договор или за всеки друг застрахователен договор между страните, както и за статистически цели и за целите на директния маркетинг. Предоставените лични данни ще бъдат съхранявани с изискуемото ниво на сигурност в регистри, организирани като картотеки или като електронна база данни. Личните данни и допълнителната информация няма да бъдат предоставяни на трети лица с изключение на държавни органи, на Best Doctors и други партньори – в кръга на тяхната компетентност, на презастраховател – във връзка със сключен презастрахователен договор, както и на определени от ЗАД „Алианс България Живот“ лица – при възникнал спор със застрахователя, застрахования или ползвача(ото)/лице(а). Предоставените лични данни могат да бъдат предоставяни на дружествата от групата на „Алианс България Холдинг“ за целите на директния маркетинг. Извън случаите по предходните изречения право на достъп до личните данни има единствено лицето, за което те се отнасят.
32. Дължимите от страните данъци във връзка с плащанията на застрахователни премии, на застрахователни суми и обезщетения по застрахователния договор, се определят съгласно действащото законодателство.
33. Неразделна част от застрахователния договор са Общите условия по медицинска застраховка за чужбина „Allianz Best Doctors“ на ЗАД „Алианс България Живот“.