

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ №
ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКА „ЖИВОТ“**

Регистър №	Полица №	Продукт:	Тарифа
------------------	----------------	----------------	--------------

I. ДОГОВОРИТЕЛ*:	
(трите имена)	
Лична карта* №	издадена на ЕГН*:
Месторождение* (държава, град)	
Постоянен адрес* (вкл. държава):	П.код:
Адрес за кореспонденция (вкл. държава):	
П.код:	
e-mail:	
Мобилен тел.*:	
Икономическа дейност*: ☐ студент ☐ безработен ☐ самоосигуряващ се ☐ работещ на трудов договор	
Професия (длъжност)*	
Месторабота:	
Имате ли гражданство различно от българско?* ☐ Да ☐ Не	Ако Да, моля посочете гражданството: (ако имате друго гражданство, моля попълнете ПИЛ декларация)
Политически Изявена Личност (ПИЛ): ☐ Да ☐ Не	

* **Задължителни полета.**

Данните на договорителя се попълват, когато договорителят и застрахованият не са едно и също лице.
Адрес за кореспонденция се попълва само когато е различен от постоянния.

II. ЗАСТРАХОВАН/А/*:	
(трите имена)	
Лична карта* №	издадена на ЕГН*:
Месторождение* (държава, град)	
Постоянен адрес* (вкл. държава):	П.код:
Адрес за кореспонденция (вкл. държава):	
П.код:	
e-mail:	
Мобилен тел.*:	
Икономическа дейност*: ☐ студент ☐ безработен ☐ самоосигуряващ се ☐ работещ на трудов договор	
Професия (длъжност)*	
Месторабота:	
Имате ли гражданство различно от българско?* ☐ Да ☐ Не	Ако Да, моля посочете гражданството: (ако имате друго гражданство, моля попълнете ПИЛ декларация)
Политически Изявена Личност (ПИЛ): ☐ Да ☐ Не	

* **Задължителни полета.**

Адрес за кореспонденция се попълва само когато е различен от постоянния.

III. ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА при доживяване:		Процент от дължимата сума
1.	ЕГН:	%:
(трите имена)		
Постоянен адрес:	П.код:	Мобилен тел.:
2.	ЕГН:	%:
(трите имена)		
Постоянен адрес:	П.код:	Мобилен тел.:

Ползващото лице при доживяване е застрахованият, освен когато изрично не е посочено друго.

IV. ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА в случай на смърт:		Процент от дължимата сума
1. (трите имена)	ЕГН:	%:
Постоянен адрес:		П.код: Мобилен тел.:
2. (трите имена)	ЕГН:	%:
Постоянен адрес:		П.код: Мобилен тел.:

Посочените данни са проверени от личните карти на лицата. Ако не са посочени ползвачи лица в случай на смърт, като такива се считат законните наследници на застрахованият.

V. ДАННИ ЗА ЗАСТРАХОВКАТА	
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА / (словом)	ВАЛУТА: ☐ BGN ☐ EUR
НАЧАЛО: Датата, на която първата премия е постъпила по банковата сметка на Застрахователя.	ВЪЗРАСТ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ години
КРАЙ: Падежната дата, записана в застрахователната полица.	<u>ВИД НА ПРЕМИЯТА:</u>
СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА: години	☐ МЕСЕЧНА
	☐ ТРИМЕСЕЧНА
	☐ ГОДИШНА
ПОЛ: ☐ Мъж ☐ Жена	☐ ЕДНОКРАТНА

VI. ДОПЪЛНИТЕЛЕН ПАКЕТ „ЗЛОПОЛУКА“	☐ ДА ☐ НЕ РИСКОВ КЛАС:
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА: в процент от застрахователната сума по основното покритие	☐ 100% ☐ 200% ☐ друг %: (Моля, отбележете с X)
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ: ЛВ/EUR	(словом)
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА: ЛВ/EUR	(словом)

Допълнителен пакет „Злополука“ със застрахователна сума, различна от застрахователната сума по основното покритие, е достъпен само при сключване на „Универсална застраховка“

VII. ДОПЪЛНИТЕЛЕН ПАКЕТ „ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ОТ ЗЛОПОЛУКА“	☐ ДА ☐ НЕ РИСКОВ КЛАС:
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ: ЛВ/EUR	(словом)
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА: ЛВ/EUR	(словом)

XIII. ДОПЪЛНИТЕЛЕН ПАКЕТ „ОСОБЕНО ТЕЖКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ“:	☐ ДА ☐ НЕ
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ: ЛВ/EUR	(словом)
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА: ЛВ/EUR	(словом)

IX. ДОПЪЛНИТЕЛЕН ПАКЕТ „ЗЛОПОЛУКА НА ДЕТЕ“	☐ ДА ☐ НЕ
ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ:	ЕГН:
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ: ЛВ/EUR	(словом)
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА: ЛВ/EUR	(словом)

Не се застраховат лица с трайно загубена или намалена работоспособност, или определен вид и степен на увреждане над 50%;

X. ДОПЪЛНИТЕЛЕН ПАКЕТ „МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ“	☐ ДА ☐ НЕ
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ: ЛВ/EUR	(словом)
ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА: ЛВ/EUR	(словом)

XI. СПЕСТОВЕН ФОНД (ПОПЪЛВА СЕ САМО ПРИ ИЗБРАНА ЗАСТРАХОВКА „ДЗИ СЕЛЕКТ+“ и „ДЗИ СПРИНТ“ - ВАРИАНТ А)СПЕСТОВНА ВНОСКА: Годишна ☐ Тримесечна ☐ Месечна ☐/..... (словом)

Минималният размер на годишната спестовна вноска е 75 (седемдесет и пет) евро. Периодичността на плащане трябва да е същата, като в Раздел XII

XII. ПЛАЩАНЕ НА ПРЕМИЯТА

ВНЕСЕНА ПРЕМИЯ в размер на лева/левава равностойност на EUR

(словом)

ЖЕЛАЯ ДА ПЛАЩАМ ПРЕМИЯТА: ☐ месечно ☐ на тримесечие ☐ годишно ☐ еднократно

Всеки договорител (клиент) с премия по застрахователния договор за една година в размер на 2 000 лв. или повече, или 5 000 лв. при еднократно плащане, следва да осигури допълнителна информация на Застрахователя според Закона за мерките срещу изпирането на пари.

XIII. НАЧИН НА ПЛАЩАНЕ:☐ на застрахователен агент☐ с превод от банковата ми сметка:☐ E- PAY/EASYPAY☐ в офис на „ДЗИ Животозастраховане“ ЕАД

Банка:

☐ СИБАНК

с квитанция, серия, № от 20.... г

BIC:

☐ чрез удържане от заплатата ми☐ на гише в офис на банка

IBAN:

Вносна бележка № от 20.... г ☐ друго:

При плащане по касов път, премиите се плащат задължително срещу квитанция (при плащане на застрахователен посредник) или приходен касов ордер (при плащане в офис на „ДЗИ-Животозастраховане“ ЕАД).

При промяна на местоживеенето си, както и при промени свързани с безкасовото плащане на премиите /промяна на местоработата, банката и банковата си сметка и др./, договорителят трябва да уведоми застрахователя в едномесечен срок.

XIV. Имате ли друга застраховка „Живот“, сключена в „ДЗИ Животозастраховане“ ЕАД или при друг застраховател?☐ ДА ☐ НЕ

Застраховател: Застрахователна сума

Начало на застраховката Срок на застраховката:

ДЕКЛАРИРАМ:

Дадената по-горе информация е вярна и пълна. Уведомен съм за последиците по чл. 189-190 от Кодекса за застраховането (КЗ) при неспазване на задължението си да обявя точно и изчерпателно обстоятелствата от съществено значение за определяне на риска и сключване на застраховката. Запознат съм и получих преддоговорната информация по чл. 185 от КЗ и приемам Общите условия на застраховки „Живот“. Информиран съм от застрахователя за обстоятелствата по чл. 19 от ЗЗЛД. Предоставям доброволно личните си данни като условие за сключване на договор със застрахователя и във връзка изпълнението на задълженията му като страна по възникналото правоотношение. Давам изричното си съгласие застрахователят да обработва предоставените от мен лични данни, да изисква и получава от трети лица мои лични данни, обработвани от тях в качеството им на администратори, да използва личните ми данни за предлагане на застрахователни услуги по директен начин и за проучване относно предлаганите застрахователни продукти и услуги, да предоставя личните ми данни на трети лица.

Декларирам, че съм уведомен от застрахователя за задължението си да го уведомя писмено за всякаква промяна в данните ми по настоящото предложение до 20 дни след съответната промяна.

Дата:20....г.

Договорител (застрахован):
(подпис)

Дата:20....г.

Застрахователен посредник/Служител/Референт:

(име, участък и подпис)

Дата:20....г.

Проверил (експерт):
(име и подпис)

Дата:20....г.

Ръководител:
(подпис)