

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 „Комбинирана туристическа застраховка“.

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. ЗАСТРАХОВАЩ	
Име/Наименование:	ЕГН/ЛНЧ/ЕИК:
Адрес:	Тел.:

II. ВЪПРОСИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ЗАСТРАХОВАНЕ
--

**1. Във връзка с какъв обект е необходима застрахователна защита?**

- Хотел                       Апартаментен комплекс                       Почивна станция  
 Семеен хотел                       Вилно селище                       Друго:.....

Наименование на обекта: .....

Адрес: .....

**2. Застрахователно покритие и лимити на отговорност:**

Покрити рискове	Общ лимит на отговорност <input type="checkbox"/> BGN <input type="checkbox"/> EUR				
	<input type="checkbox"/> 3 000	<input type="checkbox"/> 5 000	<input type="checkbox"/> 10 000	<input type="checkbox"/> 15 000	<input type="checkbox"/> .....
<b>Основни рискове</b>	<b>Лимити за съответния риск:</b>				
Смърт и трайно намалена работоспособност вследствие на злополука	3 000	5 000	10 000	15 000	
Медицински разходи вследствие на злополука/акутно заболяване	300	500	1 000	1 000	
Медицинско репатриране вследствие на злополука/акутно заболяване	1 000	1 000	2 000	2 000	
Спасителни разходи	500	500	1 000	1 000	
<b>Избираеми рискове</b>					
<input type="checkbox"/> Кражба чрез взлом или пълно унищожаване на багаж	50 за вещь 200 агрегат	50 за вещь 300 агрегат	100 за вещь 400 агрегат	100 за вещь 500 агрегат	
<input type="checkbox"/> Гражданска отговорност към трети лица	3 000	5 000	10 000	15 000	

**3. За какъв срок желаете да е валидно покритието?** Начална дата: Крайна дата:

**4. На каква база желаете да се изчислява застрахователната премия?**

- Брой легла

\* Застрахователната премия се заплаща еднократно или разсрочено до 4 вноски.

- Брой нощувки. Размер на авансовата премия:.....лева

\* Застрахователната премия се заплаща ежемесечно до 15-то число.

**5. Ред за плащане на премията по застраховката:**  Еднократно  Разсрочено на ..... вноски

**III. ОБСТОЯТЕЛСТВА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК**

**6. Заетост (общ брой нощувки):** за последната година: ..... прогнозна за текущия период:.....

**7. Информация за обекта:**

<b>Капацитет</b>	<b>Сгради:</b> бр.	<b>Стаи:</b> бр.	<b>Легла:</b> бр.
<b>Категория на хотела</b>	<b>Брой звезди:</b>		
<b>Басейн:</b> <input type="checkbox"/> има <input type="checkbox"/> няма	<b>за деца:</b> <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	<b>за възрастни:</b> <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	
<b>Към обекта има и</b>	<input type="checkbox"/> Център за масаж <input type="checkbox"/> Фитнес зала <input type="checkbox"/> Сауна <input type="checkbox"/> Спортна площадка/игрище <input type="checkbox"/> Нощно заведение <input type="checkbox"/> Паркинг <input type="checkbox"/> Детски кът <input type="checkbox"/> Друго: .....		

**8. През последните 3 години настъпвали ли са злополуки или други събития с гости на обекта:**

Не  Да *При отговор „Да”, моля, попълнете таблицата по-долу, като посочите общ брой събития.*

Година	Злополуки	Смъртни случаи	Унищожаване/кражба на багаж	Гражданска отговорност

**9. 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 застраховащия:

(име, фамилия)

(подпис)