



Попълва се от ЗД България  
Дата на получаване

Попълва се от ЗД България  
Застрахователен номер

Попълва се от ЗД България  
Начало на полицата

А А М М Г Г Г Г

Застрахователен посредник

Подпис \_\_\_\_\_

Име \_\_\_\_\_

Застрахователен посредник

Код \_\_\_\_\_

Печат/подпис  
на фирмата:  
(Когато се кандидатства  
за фирмена полица)

Номер на групата:

\_\_\_\_\_

## Форма за кандидатстване

Застрахователно дружество България

# ЗДРАВЕ БЕЗ ГРАНИЦИ

Международни здравни планове

Моля попълнете тази форма, използвайки главни букви и като поставяте обозначения в съответните полета. Важно е да предоставите информацията по-долу, за да можем коректно да оценим Вашата Форма за кандидатстване. Ако не отговорите на въпросите - този пропуск ще означава за нас, че Вие нямате какво да оповестите. Формата за кандидатстване трябва да бъде попълнена от Вас или Вашия родител/законен настойник собственооръчно. Ако трябва да нанесете корекция, моля подпишете се до промяната.

### 1. Вашите лични данни (моля информирайте ни, ако има промяна в адреса Ви)

Г-жа/Г-н

Фамилия

Име, Презиме

Дата на раждане:

А А М М Г Г Г Г

Адрес

Адрес за кореспонденция (ако е различен от адреса по регистрация)

№ на лична карта/№ на паспорт (моля зачертайте което не се прилага)

ЕГН/ЛНЧ

Телефон

Мобилен телефон

E-mail

Длъжност

Месторабота/Име на работодателя

Националност

Държава, в която пребивавате преобладаващо през годината (180 дни)

### 2. Избор на план

ПЛАН А  ПЛАН В  ПЛАН С

Допълнително покритие - Профилактика

Покритието влиза в сила, когато получим Вашето писмено потвърждение на всички изключения по Вашата застрахователна полица и платената премия постъпи по нашата банкова сметка.

Ако някога сте били здравно застрахован или сте кандидатствали за здравна застраховка на ЗД България или AXA PPP healthcare, Вие трябва да декларирате това.

ЗД България

AXA PPP healthcare

Номер:

\_\_\_\_\_

Име на застрахователния план:

Дата:

### 4. Допълнителни членове на семейството, които да бъдат включени в застрахователното покритие

Г-жа/Г-н

Име и презиме

Фамилия

Националност:

Вид на взаимоотношението с Вас  
(Съпруг(а), партньор, син/дъщеря)

Дата на раждане

№ на ЛК/Паспорт

ЕГН/ЛНЧ

Страна на пребиване:

А А М М Г Г Г Г

Г-жа/Г-н

Име и презиме

Фамилия

Националност:

Вид на взаимоотношението с Вас  
(Съпруг(а), партньор, син/дъщеря)

Дата на раждане

№ на ЛК/Паспорт

ЕГН/ЛНЧ

Страна на пребиване:

А А М М Г Г Г Г

Г-жа/Г-н

Име и презиме

Фамилия

Националност:

Вид на взаимоотношението с Вас  
(Съпруг(а), партньор, син/дъщеря)

Дата на раждане

№ на ЛК/Паспорт

ЕГН/ЛНЧ

Страна на пребиване:

А А М М Г Г Г Г

### Периодичност на плащане

Годишно

Месечно

Име

Адрес

Ако горепосоченото се различава за някой от допълнителните членове на семейството, моля отбележете на отделен лист.

### 6. Най-често посещавани медицински лица през последните 5 години

Застраховател

„Застрахователно акционерно дружество България“ АД

Бул. България 83А, 1404 София, България

Тел.: +359 (0) 700 13 555; www.zadbg.bg

Лиценз № 432-03/14.06.2013

от Комисията по финансов надзор

Презастраховател

AXA PPP healthcare limited.

Registered office: 5 Old Broad Street, London, EC2N 1AD, United Kingdom. Registered in England No. 3148119.

Authorised by the Prudential Regulation Authority and regulated by the Financial Conduct Authority

and the Prudential Regulation Authority.

© AXA PPP healthcare 2017.

## 7. Конфиденциална медицинска история (Декларациите трябва да са писмени и да се съдържат в тази Форма за кандидатстване. Устни декларации не се приемат.)

Моля обърнете внимание на следното: (i) **НЯМА ДА БЪДЕ ОСИГУРЕНО ПОКРИТИЕ И ПОЕТО ЗАДЪЛЖЕНИЕ** за медицинско състояние, което е възникнало преди началото на полицата или е било предвидимо към датата на кандидатстване, освен ако това състояние не е било декларирано и прието от ЗД България писмено. (ii) Пропуск да бъде уведомено ЗД България относно дадено медицинско състояние може да доведе до отказ на иск за обезщетение или оттегляне на съответното покритие. Ако имате съмнение за съществуване на дадено медицинско състояние, то следва да бъде посочено.

Моля уверете се, че изчерпателно сте описали всички медицински състояния и симптоми отнасящи се за всяко лице в тази Форма за кандидатстване, за които знаете или се съмнявате. Това важи дори за случаите, за които все още не сте потърсили професионална медицинска помощ. Типични примери са разширени вени, алергии, болки в кръста, проблеми със стъпалата, хемороиди, гинекологични проблеми (включително нередовна менструация), усложнена бременност и раждане (напр: цезарово сечение), проблеми с храносмилането, кожни проблеми, оплаквания от сърце, крайници, очи, „нервите“ и т.н., всякакви проблеми с ушите, носа, или гърлото, или болки, отоци, подутина или висока температура.

**Част А** Трябва да декларирате Вашата медицинска история дори ако преди сте били застраховани при нас или при друг застраховател.

Моля прочетете следващите пет въпроса, които се отнасят за всяко едно от посочените лица. Отговорете на всеки въпрос като поставяте знак в един от квадратите с ДА или НЕ.	Кандидатстващо лице Име	Първи член на семейството Име	Втори член на семейството Име	Трети член на семейството Име
1. Имало ли е болничен престой в лечебно заведение или дом за здравни грижи през последните 5 години?	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
2. Провеждани ли са консултации със специалист или медицинско лице през последните 5 години?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. През последните 5 години имали ли сте проявление на симптоми, за които обаче не сте потърсили консултация с медицинско лице?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Дали е проведена консултация с медицинско лице и/или са предписани лекарства от лекар през последните две години?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Дали съществува някакво хронично (проявяващо се дълъг период) медицинско или дентално състояние, или е известна друга дисфункция/ограничение, необичайно състояние, продължително заболяване или травма през последните 5 години?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Съществува ли ясна или предвидима необходимост от консултация с лекар или друг здравен експерт?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Ако има някакво значимо състояние извън обхвата на гореспоменатия 5-годишния период, за което ние следва да разберем, Вие трябва да го декларирате в дух на откритост.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Част Б** (Моля продължете на отделен лист, ако се налага; моля посочете името на лицето, за което се отнася информацията, подпишете и поставете дата на допълнителния лист)

Тази част е приложима, ако сте отбелязали „ДА“ в отговорите си в част А. Моля да оповестите всички медицински състояния (или недиагностицирани симптоми), за които тези отговори се отнасят. Използвайте колона 3, за да ги изброите отделно, и представете допълнителната детайлна информация, която се изисквана в колони 4 до 6.

1. Име на пациента	2. Номер на въпрос от част А	3. Вид на заболяването/симптомите, от които има оплакване, и предоставено лечение	4. Кога е проведено лечението			5. Нужда от по-нататъшно лечение или консултация	6. Актуално здравословно състояние в тази връзка
			Месец	Година	Продължителност		

## 8. Вашият подпис и декларация

**Подписаният/ата:** Декларирам, че доколкото ми е известно, предоставените от мен данни, вписани в настоящата Форма за кандидатстване, са пълни, верни и точни. Приемам да се запозная с Предложението за застраховане и с условията, при които ще бъде застрахован/а, преди сключването на застрахователния договор. В случай, че съм съгласен/на и приемам условията по договора ще подпиша изпратеното ми Предложение за застраховане. Известно ми е, че когато не предоставя своето съгласие в рамките на периода на валидност на Предложението за застраховане, ЗД България ще счита, че не желая сключването на застрахователен договор. Давам изричното си съгласие, при и по повод сключване на застрахователния договор, ЗД България и/или АХА PPP healthcare да осъществяват контакт с моя/нашите лекари, медицински заведения и специалисти, и/или с предишен застраховател за получаване на допълнителна информация и детайли във връзка с моята/нашата медицинска история, както и давам разрешение тези лица да предоставят всяка информация, която ЗД България и/или АХА PPP healthcare биха изискали. Известно ми е, че пълните условия на застраховане са публикувани на интернет страницата на ЗД България: [www.zadbg.bg](http://www.zadbg.bg)

Подпис: ✕

Име: ✕

Дата: ✕

**Моля обърнете внимание:** Съветваме Ви да съхранявате документално цялата информация предоставена във връзка с тази Форма за кандидатстване, включително писмата, които сте изпращали до нас в тази връзка. Ако желаете копие от тази Форма за кандидатстване, моля уведомете ни в рамките на 90 дни. След като попълните Формата за кандидатстване и подпишете Декларацията, моля изпратете обратно до: **ЗАД България АД, Отдел Здравно Застраховане, София 1404, бул. България 83А. Тел.: +359 (0) 700 13 555**

Попълва се от ЗД България АД

(Исключения по застрахователна полица свързана с тази Форма за кандидатстване)

Подпис на служителя, извършил оценка на здравния риск