

Заявление за застраховане

Подписаният/ата..... с ЕГН,
/трите имена/

кандидат за застраховане по застраховка „Спокойствие с FiHealth” при „Фи Хелт Застраховане” АД, с настоящото:

Декларирам, че не съм частично или пълно трайно неработоспособен/на вследствие на злополука или заболяване (нямам ТЕЛК решение), както и не съм боледувал/а, не съм бил/а лекуван, хоспитализиран/а вследствие на злополука или заболяване през последните 5 и повече години. През последните 5 и повече години не съм бил/а лекуван/а, не съм страдал/а и не съм диагностициран/а от:

- Хипертония (високо кръвно налягане), сърдечна аритмия;
- Мозъчно съдова болест (инфаркт, инсулт, разширени вени);
- Диабет (висока кръвна захар);
- Заболявания на бъбреците,вкл бъбречна недостатъчност;
- Заболявания на храносмилателната система,вкл хепатит, цирроза, чернодробна недостатъчност;
- Неврологични заболявания, вкл.епилепсия;
- Злокачествени заболявания;
- Автоимунни системни заболявания, включително псориазис, лупус, склеродермия;
- Болести на кръвосъсирването (хемофилия,тромбофилии);
- Болести на кръвотворната система (анемии, левкози, таласемии);
- Ставни и мускулно-скелетни заболявания (счупвания,сменени стави, дископатии);
- Алергии, включително астма;
- Вродени заболявания, сърдечни пороци.

Не мога да декларирам горепосочената информация и моля да бъде приет/а за застраховане след процедура за индивидуално приемане за застраховане.

Декларирам, че предоставям на „Фи Хелт Застраховане“ АД доброволно лични данни, с цел сключване и изпълнение на застрахователния договор и с цел защита на живота и интересите ми, че съм уведомен за последващото им обработване от „Фи Хелт Застраховане“ АД и за целите на обработването.

Декларирам, че съм уведомен от „Фи Хелт Застраховане“ АД, че обработването на предоставените лични данни ще бъде с цел сключване и изпълнение на застрахователен договор и за предоставяне на застрахователна услуга, че процесите по обработване могат да включват обработване чрез автоматизирано вземани решения и/или псевдонимизация, предоставяне, разкриване или предаване на лични данни на трети лица за описаните по-горе цели на обработване, че срокът на обработване на личните данни е определен от „Фи Хелт Застраховане“ АД съобразно дефинираните цели на обработване.

Декларирам, че съм отговорил/а на всички въпроси пълно и вярно, че горепосочените изявления отговарят на истината. Известно ми е, че съществено невярната информация представлява нарушаване на задълженията ми, което може да доведе до прекратяване на застрахователния договор и/или до цялостен/частичен отказ на застрахователно плащане по него.

Съгласен съм да бъда застрахован от „Първа инвестиционна банка“ АД по застраховка “Спокойствие с FiHealth” при „Фи Хелт Застраховане” АД.

„Първа инвестиционна банка“ АД ми представи предварително условията на застрахователното покритие, начина на определянето на застрахователната сума, срока на покритието, включително и приложимите Общи и специални условия по застраховка “Спокойствие с FiHealth” на „Фи Хелт Застраховане” АД. Уведомен съм, че застрахователното плащане ще бъде извършвано в полза на „Първа инвестиционна банка“ АД, в качеството му на мой кредитор.

.....
дата

Декларатор:
/имена и подпис/