

➔ **ИМЕ НА КЛИЕНТ:**

Желая застрахователна защита във връзка с група физически лица:

Покрития	За лица от 14г. до 69 г.		За лица от 14г. до 69 г.	
	Групова застраховка „Злополука и заболяване“		Групова застраховка „Злополука“	
	Защита при злополука и заболяване		Защита при трудова/битова злополука	
	Злополука	Заболяване	Трудова злополука	Битова злополука
Смърт	✓	О	✓	О
Трайна загуба на трудоспособност	О	О	✓	О
Временна неработоспособност	О	О	✓	О
Медицински разходи	О	О	О	О
Обезщетение при болничен престой	О	О	О	О
Възстановяване след хоспитализация	О	О	О	О
Изгаряне	О		О	О
Счупване/Фрактура	О		О	О
Хирургическо лечение	О	О	О	О
Разходи за медицински транспорт	О	О	О	О
Спешна стоматологична помощ	О		О	О
Придружител	О	О		
Второ медицинско мнение	О	О		
Разходи за погребение	О	О		
Диагностициране на критични заболявания		О		
Моля, отбележете Вашия избор на продукт като поставите отметка (✓) в следващото поле				
➔ ВАШИЯТ ИЗБОР НА ПРОДУКТ:				

✓ - включено покритие

О – покритие опция, включва се по избор на застрахователя

Допълнителна информация за горепосочените продукти можете да намерите в Стандартизирания информационен документ и Общите условия по всеки продукт.

➔ **Подпис:** **Дата:**

➔ **указателят показва полетата за задължително попълване от клиента**

КОПИЕ ЗА КЛИЕНТА

ИМЕ НА КЛИЕНТ:

Желая застрахователна защита във връзка с група физически лица:

Покрития	За лица от 14г. до 69 г.		За лица от 14г. до 69 г.	
	Групова застраховка „Злополука и заболяване“		Групова застраховка „Злополука“	
	Защита при злополука и заболяване		Защита при трудова/битова злополука	
	Злополука	Заболяване	Трудова злополука	Битова злополука
Смърт	✓	О	✓	О
Трайна загуба на трудоспособност	О	О	✓	О
Временна неработоспособност	О	О	✓	О
Медицински разходи	О	О	О	О
Обезщетение при болничен престой	О	О	О	О
Възстановяване след хоспитализация	О	О	О	О
Изгаряне	О		О	О
Счупване/Фрактура	О		О	О
Хирургическо лечение	О	О	О	О
Разходи за медицински транспорт	О	О	О	О
Спешна стоматологична помощ	О		О	О
Придружител	О	О		
Второ медицинско мнение	О	О		
Разходи за погребение	О	О		
Диагностициране на критични заболявания		О		
Моля, отбележете Вашия избор на продукт като поставите отметка (✓) в следващото поле				
ВАШИЯТ ИЗБОР НА ПРОДУКТ:				

✓ - включено покритие

О – покритие опция, включва се по избор на застрахователя

Допълнителна информация за горепосочените продукти можете да намерите в Стандартизирания информационен документ и Общите условия по всеки продукт.

Подпис:

Дата:

указателят показва полетата за задължително попълване от клиента

КОПИЕ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ