

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

А	А	М	М	Г	Г	Г	Г
---	---	---	---	---	---	---	---

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

Номер на групата:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Форма за кандидатстване

Застрахователна компания България Иншурънс

### 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.

## Секция А

### 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) \_\_\_\_\_

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 А  ПЛАН В  ПЛАН С

Вариант 1      Вариант 2

 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 ЗК България Иншурънс или AXA PPP healthcare Limited, Вие трябва да декларирате това.

 ЗК България Иншурънс       AXA PPP healthcare Limited

 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 \_\_\_\_\_ Дата на раждане \_\_\_\_\_ ЕГН/ЛНЧ \_\_\_\_\_ Страна на пребиване: \_\_\_\_\_

(Съпруг(а), партньор, син/дъщеря)

А	А	М	М	Г	Г	Г	Г
---	---	---	---	---	---	---	---

Г-жа/Г-н \_\_\_\_\_ Име и презиме \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Националност: \_\_\_\_\_

Вид на взаимоотношението с Вас \_\_\_\_\_ Дата на раждане \_\_\_\_\_ ЕГН/ЛНЧ \_\_\_\_\_ Страна на пребиване: \_\_\_\_\_

(Съпруг(а), партньор, син/дъщеря)

А	А	М	М	Г	Г	Г	Г
---	---	---	---	---	---	---	---

Г-жа/Г-н \_\_\_\_\_ Име и презиме \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Националност: \_\_\_\_\_

Вид на взаимоотношението с Вас \_\_\_\_\_ Дата на раждане \_\_\_\_\_ ЕГН/ЛНЧ \_\_\_\_\_ Страна на пребиване: \_\_\_\_\_

(Съпруг(а), партньор, син/дъщеря)

А	А	М	М	Г	Г	Г	Г
---	---	---	---	---	---	---	---

### 5. 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

"Застрахователна компания България Иншурънс" АД  
 Бул. България 83А, 1404 София, България  
 Тел.: +359 (0) 700 13 555; www.bulgariainsurance.bg  
 Лиценз № 432-03/14.06.2013  
 от Комисията по финансов надзор

Презастраховател

AXA PPP healthcare Limited.

Registered office: 20 Gracechurch Street, London, EC3V 0BG, 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 Limited 2020

**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 ЗК България Иншурънс. (ii) Пропусък да бъде уведомено ЗК България Иншурънс относно дадено медицинско състояние може да доведе до отказ за изплащане на претенцията 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, подутини 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 подписа изпратеното ми Предложение за застраховане. Известно ми е, че когато не предоставя своето съгласие в рамките на периода на валидност на Предложението за застраховане, ЗК България Иншурънс ще счита, че не желая сключването на застрахователен договор. Давам изричното си съгласие, при и по повод сключване на застрахователния договор, ЗК България Иншурънс и/или AXA Global Healthcare (UK) Limited 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 ЗК България Иншурънс и/или AXA Global Healthcare (UK) Limited биха изискали. Известно ми е, че пълните условия на застраховане са публикувани на интернет страницата на ЗК България Иншурънс: [www.bulgariainsurance.bg](http://www.bulgariainsurance.bg)

В изпълнение на Общия регламент за защита на личните данни в Секция В на настоящата Форма за кандидатстване, ние Ви предоставяме необходимата информация относно Вашите лични данни, които могат да бъдат обработвани във връзка със сключването и изпълнението на задълженията по застрахователния договор. Моля, прочетете внимателно Декларацията за поверителност и за обработка на личните данни и, ако сте съгласни с тях, подпишете по-долу (пълна информация може да намерите на <https://www.bulgariainsurance.bg/bg/about/zashtita-na-lichnite-danni>).

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: ЗК България Иншурънс, София 1404, бул. България 83А. Тел.: +359 (0) 700 13 555

**Попълва се от ЗК България Иншурънс**

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

Подпис на служителя, извършил оценка на здравния риск

## Секция В: Декларация за поверителност и за обработка на личните данни

В изпълнение на Общия регламент за защита на личните данни в Секция В на Формата за кандидатстване, ние Ви предоставяме необходимата информация относно Вашите лични данни, които могат да бъдат обработвани във връзка със сключването и изпълнението на задълженията по застрахователния договор. Моля, прочетете внимателно Декларацията за поверителност и съгласие за обработка на личните данни и, ако сте съгласни с тях, подпишете по-долу.

### Декларация за поверителност и съгласие за обработка на личните данни

“Застрахователна компания България Иншурънс“ АД (Република България), наричано по-долу “Застрахователна компания България Иншурънс“ АД (ЗК България Иншурънс), потвърждаваме нашата отговорност по отношение на събирането, притежаването, обработването, използването и/или прехвърлянето на личните данни.

Личните данни ще бъдат събирани само за законосъобразни и подходящи цели и ще бъдат предприети всички възможни стъпки, за да се гарантира, че личните данни, съхранявани от Компанията, са точни. Обработката е необходима, за да можем да Ви предоставим застрахователни услуги като: извършване на тарифиране съобразно Вашето запитване и изготвяне на оферта, издаване на застрахователна полица, администриране и управление, предоставяне на всички свързани услуги, обработка и плащане на застрахователни претенции и за връзка с Вас. Информацията, която събираме, зависи от взаимоотношенията ни с Вас. Когато във Вашите полици са посочени трети ползвачи физически лица, Ви молим да предоставите информацията по-долу във връзка с тях, предвид факта, че това е от значение за Вашата застраховка. Когато станете клиент на ЗК България Иншурънс, Вие ще направите това или по индивидуална полица, или по групова полица. Ние можем да събираме информация директно от Вас, от/чрез Вашия партньор, родител или работодател. В зависимост от вида на полицата, ние можем да събираме предварително информация за здравословното Ви състояние, както и лична информация като рождената Ви дата, ЕГН и адрес. В зависимост от вида на индивидуалната/груповата полица, ние можем да използваме лична и чувствителна информация, за да направим оценка на риска и да определим всички изключения, които трябва да приложим. Ако Вие не предоставите Вашето съгласие за обработването на чувствителна лична информация, ние няма да сме в състояние да извършим предварителна оценка на Вашето запитване или да Ви предложим покритие.

Настоящата Декларация за поверителност и за обработка на личните данни е неразделна част от всички документи, свързани с предварителната оценка, сключването на полица, завеждане и обработка на застрахователни претенции, управление на плащанията по Международните здравни планове: Здраве без граници. Уведомяваме Ви, че “Застрахователна компания България Иншурънс“ АД е администратор на личните Ви данни. В тази връзка Ви предоставяме необходимата информация относно Вашите лични данни, които могат да бъдат обработвани във връзка със сключването и изпълнението на задълженията по застрахователни договори по Международни здравни планове: Здраве без граници.

## Част I: Декларация за поверителност

### Какви лични данни обработваме?

Личните данни, които обикновено се обработват във връзка със сключване и изпълнение на задължения по застрахователен договор, са следните:

- Лична информация
  - Име: Име, Презиме, Фамилия;
  - ЕГН;
  - Контакти: имейл, адрес и телефон;
  - Адрес: постоянен, настоящ адрес, адрес за кореспонденция;
  - Лични данни за всички други трети ползвачи лица, които са посочени във Вашата полица (членове на семейството, бизнес партньори, служители) и връзката им с вас като Застраховач;
  - Възраст / Дата на раждане;
  - Банкова информация: номер на банковата Ви сметка, от която постъпва плащане на застрахователна премия и по която изплащаме застрахователни обезщетения.
- Специални категории лични данни
  - Подробности за Вашето здраве или за това на членовете на Вашето семейство (текущо или предходно физическо или психическо здравословно състояние), за Вашия здравен статус или този на членовете на семейството Ви (диагноза, епикриза, други здравни документи);

### Как обработваме Вашите лични данни?

Обработването на Вашите данни е с цел сключването и изпълнението на застрахователен договор и предоставянето на услуги, като например: оценка на Вашето запитване и вписването Ви като застраховачо лице по полицата, администриране и управление на Вашата застрахователна полица, предоставяне на всички свързани услуги, обработка и изплащане на искове и за връзка с Вас. При тези обстоятелства, ако не предоставите такава информация, няма да можем да Ви предложим застрахователна полица или да обработим претенцията Ви. ЗК България Иншурънс може да обработва Вашите здравни данни, предоставени с цел доказване на застрахователна претенция, учредяване, упражняване или защита на правни искове. ЗК България Иншурънс може да обработва Вашите здравни данни, за да Ви направи предложение за застрахователен договор въз основа на Вашето изрично съгласие. ЗК България Иншурънс може да обработва Вашите лични данни, когато имаме правно или регулаторно задължение да използваме такава лична информация, например, когато е изискано от нашите регулатори, като Комисията за финансов надзор (КФН) и Комисията за защита на личните данни (КЗЛД), да съхраняваме определени документи за взаимоотношенията с Вас. В някои случаи, ние споделяме Вашите данни с доставчици на услуги (експерти и подизпълнители) въз основа на легитимния интерес на ЗК България Иншурънс да изпълни задълженията си като застраховател и да подобри качеството на предлаганите услуги.

### За какви цели ще използваме Вашите данни?

Предоставените от Вас лични данни ще бъдат използвани за целите на администрирането на застрахователните отношения, включително, но не само:

- за разглеждане на Вашето запитване за застраховка и за предоставяне на оферта;
- за администриране, издаване и обслужване на Вашата застрахователна полица, за оценка, разглеждане и изплащане на застрахователни обезщетения;
- за плащане на застрахователната премия;
- за предотвратяване на застрахователни измами;
- за оценка на риска;
- за нашите собствени управленски информационни цели, включително; управление на нашите бизнес операции, като водене на счетоводни записи, анализ на финансови резултати, изискванията на вътрешния одит, за получаване на професионални съвети (например данъчни или правни съвети);
- в изпълнение на законови изисквания, включително избягване на конфликт на интереси, корупционни практики и задължения по механизмите на Закона за мерките срещу изпирането на пари, разкриване на застрахователни измами;
- за изпращане на маркетингова, рекламна и промоционална информация за други продукти/услуги, които ЗК България Иншурънс предлага по пощата и/или по електронен път.

### Профилиране

Моля, обърнете внимание, че при подготовката на конкретна застрахователна оферта, Вашите лични данни могат да бъдат обект на профилиране чрез системи за обработка на информация. В зависимост от спецификата на конкретния вид застраховка, ние можем да използваме информационни системи за изчисляване на вероятността за възникване на застрахователно събитие. Информационните системи работят въз основа актюерска разработка. Профилирането се извършва на основание нормативните задължения на Дружеството да оцени риска и поеме договорни задължения въз основа на оценка на риска. Вие можете да възразите срещу профилирането на личните Ви данни. Повече информация може да намерите в Политиката за упражняване на правата на субектите на личните данни на нашия уебсайт ([www.bulgariainsurance.bg](http://www.bulgariainsurance.bg)), както и на място в нашите офиси.

## С кого можем да споделим Вашата лична информация?

"Застрахователно Акционерно Дружество България" АД гарантира поверителността на Вашите лични данни. Съгласно законовите изисквания ние може да разкрием личните Ви данни на следните категории получатели:

- Доставчици на услуги (консултанти, експерти, оценители, адвокати, доставчици на здравни услуги и т.н.), тогава, когато използваме услуги, свързани със сключване на застрахователен договор и изплащане на застрахователното обезщетение, при техническа поддръжка на информационните системи и оперативна поддръжка на нашата дейност. Такова разкриване на данни се осъществява само при наличие на легитимен интерес и при спазване на изискванията на Регламента за осигуряване на подходящо ниво на защита на данните;
- При изпълнение на задълженията си по застрахователните договори, ЗК България Иншурънс може да разкрива Вашите данни на подизпълнители, които предоставят услуги от името на ЗК България Иншурънс (като например Мрежата на доставчици на здравни услуги на ЗК България Иншурънс и AXA Global Healthcare) на територията на Република България и извън нея;
- Презастрахователи: при изпълнение на своето правно задължение да осигури покритие на застрахователния си портфейл, ЗК България Иншурънс може да разкрие Вашите лични данни на презастрахователи, презастрахователни брокери и техни представители;
- Вашият медицински специалист, роднини или настойници (от Ваше име, ако сте недееспособен или поради безпомощно състояние) или други свързани с Вас лица или организации, като Вашия застрахователен брокер или адвокат;
- Нашите застрахователни партньори, като застрахователни брокери, други застрахователи, презастрахователи или други компании, които действат като доставчици на застрахователни услуги; или трети страни, които помагат в администрирането на застрахователни полици, като например друго застрахователно дружество, при настъпване на застрахователно събитие, което изисква предявяване на регресен иск от или към друго застрахователно дружество;
- Застрахователни агенти и брокери: ЗК България Иншурънс работи с широка мрежа от агенти и брокери. Най-често Вие предоставяте лично данните си на застрахователни агенти и брокери, но може да възникнат случаи, в които ние да ги предоставим на посредническата си мрежа с цел да получите обслужване от най-близко разположения до Вас наш посредник;
- Асистиращи компании.

## За какъв период съхраняваме Вашите лични данни?

1. Ние съхраняваме Вашите данни в съответствие с действащото законодателство и правилата за погасителната давност.
2. Застрахователни договори и документи, които са неразделна част от тях като (предложение за сключване на застрахователен договор, въпросник, полица, анекси и др.) – максимален срок от 10 години, считано от датата на сключване на застрахователния договор, като срокът е в зависимост от вида застраховка и е съобразен с действащото законодателство, уреждащо правилата за погасителната давност.
3. Уведомления за застрахователно събитие и претенции за изплащане на застрахователно обезщетение – максимален срок от 10 години, считано от датата на представяне на документа, като срокът е в зависимост от вида застраховка и е съобразен с действащото законодателство, уреждащо правилата за погасителната давност.
4. Документи, свързани с предявена по съдебен ред претенция за изплащане на застрахователно обезщетение – максимален срок от 10 години, считано от датата на влизане в сила на съдебното решение/определението за прекратяване на съдебното производство.

За по-подробна информация относно сроковете за съхранение на всички документи, които ЗК България Иншурънс обработва, можете да се свържете с нас.

## Вашите права по отношение на Вашите лични данни

Съгласно българското законодателство имате следните права по отношение на личните Ви данни, обработвани от ЗК България Иншурънс:

1. Да получите достъп и/или копие от Вашите личните данни;
2. При констатирана непълнота или неточност, да поискате да извършим корекция;
3. Да поискате заличаване на данните Ви, ако са налице предпоставките за това; постигната е целта, за която данните са събрани; оттеглили сте съгласието си, когато обработката се основава на него и няма законово основание за обработка; данните Ви се обработват незаконосъобразно, и други;
4. Да изисквате обработката на личните Ви данни да бъде ограничена при наличие на законово основание за това;
5. Да възразите срещу обработването на данните Ви, ако то се прави на основата на законен интерес;
6. Да упражните правото си на преносимост на данните като поискате същите да бъдат предоставени на друга организация в структуриран, общоупотребяван и машинно-четим формат;
7. Да оттеглите даденото от Вас съгласие, когато за обработването на личните Ви данни се основава на него.

Подробна информация за условията, при които можете да упражните Вашите права, ще намерите в Политиката за упражняване на правата на субектите на личните данни на нашия уебсайт ([www.bulgariainsurance.bg](http://www.bulgariainsurance.bg)), както и на място в нашите офиси.

Освен това имате право да подадете жалба до Комисията за защита на личните данни (КЗЛД), когато съответните условия са налице.

### Как да се свържете с нас?

Можете да се свържете с нас на следния адрес: България, гр. София, бул. „България“ № 83 А, ет. 2, имейл: [dpo@bulgariainsurance.bg](mailto:dpo@bulgariainsurance.bg)

Можете да се свържете с нашето лице по защита на имейл: [dpo@bulgariainsurance.bg](mailto:dpo@bulgariainsurance.bg)

Повече информация ще намерите в Политиката за упражняване на правата на субектите на личните данни на нашия уебсайт ([www.bulgariainsurance.bg](http://www.bulgariainsurance.bg)), както и във всеки наш офис.

## Част II: Декларация за обработката на лични данни

1. С настоящото аз/ние потвърждавам/е, че "Застрахователна компания България Иншурънс" АД може да събира, използва, разкрива и обработва моята/нашата лична информация, посочена в настоящия формуляр и/или предоставена по друг начин от мен/нас или притежавана от ЗК България Иншурънс за една или повече от целите, които в резюме включват, но не се ограничават до следното:

- (а) За оценяване на моя/нашия формуляр за кандидатстване, като ми/ни предостави оферта, събирайки моите/нашите данни за контакт, възраст и възрастта на трето (и) физическо лице (а), включени в полицата (членове на семейството, служители); моята/нашата чувствителна лична информация за моето/нашемо здравословно състояние или на членовете на семейството ми/ни от ЗК България Иншурънс;
- (б) За администриране и управление на моята/нашата застрахователна полица, за предоставяне на всички свързани услуги от ЗК България Иншурънс;
- (в) За обработване на уведомления за застрахователно събитие и претенции за изплащане на застрахователно обезщетение от ЗК България Иншурънс;
- (г) За администриране и/или управлението на моите/нашите взаимоотношения.

2. Аз/Ние разбираме и даваме изрично съгласие, чувствителната здравна и друга информация, която аз/ние предоставяме за себе си/нас, да бъде използвана от ЗК България Иншурънс за сключване и изпълнение на застрахователния договор.

3. Аз/Ние се съгласявам/е ЗК България Иншурънс да преглежда, изисква и обработва медицинска и здравна информация, включително и медицински доклади и здравни досиета, предоставени от лекуващия лекар или специалист/и, когато е необходимо.

4. Аз/ние потвърждавам/е, че моите/нашите лични данни могат да бъдат разкрити от ЗК България Иншурънс на:

- моя/нашия медицински специалист, роднини или настойници (от мое/наше име, ако съм/сме недееспособен/и или поради безпомощно състояние);
- на подизпълнители, които предоставят услуги от името на ЗК България Иншурънс (като например Мрежата на доставчици на здравни услуги на ЗК България Иншурънс и AXA Global Healthcare) на територията на Република България и извън нея, на трети страни доставчици на услуги или агенти (включително адвокати/адвокатски кантори) и презастрахователи, презастрахователни брокери и техните представители.

5. С подписването на настоящата декларация декларирам/е (както и останалите застраховани лица), че съм/сме прочел/и и разбрал/и всички горепосочени разпоредби, включително Политиката за упражняване на правата на субектите на личните данни на ЗК България Иншурънс.

Аз/ние потвърждавам/е, че съм/сме прочели и се съгласявам/е с горенаписаното.

Настоящото съгласие е подписано от: \_\_\_\_\_

(Име, Презиме и Фамилия на лицето)

Подпис: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_