

ПРЕДЛОЖЕНИЕ – ВЪПРОСНИК

за сключване застрахователен договор “ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА”

съгласно Наредбата за задължително застраховане на работниците и служителите за риска „Трудова злополука”

Настоящото предложение ще представлява неделима част от застрахователния договор.

В случай, че се използва за изменение или подновяване на съществуващ договор № _____, ще се попълва само това, което се различава от първоначалното предложение.

1. Данни за Застрахователя/Работодателя

Наименование _____ ЕИК _____

Адрес на фирмата _____ ПК _____

тел. _____ факс _____ e-mail _____

2. Предмет на дейност (опишете по-подробно): _____

3. Имате ли писмено разработени процедури по безопасност на труда? _____

4. Провежда ли се редовно обучение на персонала, свързано с безопасността на труда? Ако ДА, на какви периоди? _____

5. Имате ли план за подобряване на политиката за здравословни и безопасни условия на труд и кои са основните моменти в този план? _____

6. Имате ли писмено разработен план за действие в аварийни ситуации и запознат ли е персоналет Ви с него? _____

7. Снабдени ли са всички машини със съответните предпазни средства? Ако ДА, колко често се проверяват? _____

8. Предоставя ли се на работниците специална предпазна екипировка? Ако ДА, опишете накратко специалните предпазни средства, които се използват? _____

9. Задължавате ли работниците и служителите да използват личните предпазни средства? _____

10. Работите ли с лесно запалими, избухливи или вредни вещества, суровини, материали? Ако ДА, опишете накратко от какъв вид са: _____

11. Правени ли са предписания от контролни органи във връзка с охрана на труда или противопожарна охрана? Ако ДА, дайте кратка информация за поставени срокове, степен на изпълнение и др.: _____

12. Имали ли сте трудови злополуки за последните 3 години? _____

Ако ДА, отбележете: _____ бр. с фатален изход

_____ бр. с трайна загуба на трудоспособност

_____ бр. с временна загуба на трудоспособност

13. Имате ли работници с някакъв процент загубена трудоспособност? _____

14. Кои са най-често срещаните причини за настъпване на трудова злополука? _____

15. Коя е службата по трудова медицина (наименование, ЕИК, адрес) _____

16. Общ брой застраховани лица: _____

18. Срок на застраховката _____ Начало дата _____

19. Застрахователно покритие

Основно покритие съгласно чл. 55, ал. 1 от КСО Обща застрахователна сума: _____

Допълнителни покрития:

- съгласно чл. 55, ал. 2 от КСО
- временната загуба на работоспособност от трудова злополука с по-висока застрахователна сума (сума или начин на определяне) _____
- покритие за чужбина

Декларация:

1. Декларирам, че преди попълването на настоящия Въпросник-предложение съм получил/а цялата необходима предварителна информация от Застрахователя по чл. 324 от Кодекса за застраховането и приемам условията по застраховката.
2. Декларираните от мен данни са в сила за всяко подновяване на застрахователния договор или всеки анекс, освен в случаите когато се променят в писмен вид и в този вид бъдат приети от Дружеството.
3. Настоящото предложение за застраховане попълних, след като го прочетох подробно, разбирайки всички въпроси, и данните, които декларирам, са напълно верни и точни. Задължавам се да уведомя писмено Застрахователят за всяка промяна в данните по време на действие на застрахователния договор най-късно до 3 дни от датата на промяната.
4. Декларирам, че съм уведомен, че предоставените от мен лични данни (включително тези на останалите посочени лица) се обработват от „ЗК България Иншурънс“ АД, в качеството му на администратор на лични данни, съгласно действащото законодателство. Запознат съм (както и останалите посочени лица) с Уведомлението за поверителност по чл. 13 и чл. 14 от Регламент (ЕС) 2016/679, публикувано на сайта на Дружеството www.bulgariainsurance.bg и налични в офисите му.

Не съм съгласен с предходната точка

Място, дата: _____

Подпис: _____
(на Застрахователя / Работодателя)

Попълва се от Застрахователя:	
Застрахователна премия: _____	Данък 2%: _____
Обща дължима премия: _____ (словом) _____	
Платима:	Еднократно: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
	Разсрочено: _____ бр. вноски X _____ лева
Представител на Застрахователя: _____	
Агентски код: _____	Подпис: _____

Списък на лицата, които ще бъдат застраховани с полица

№ _____

№	Име, презиме и фамилия	ЕГН	Длъжност на застрахования	Рисков клас	Брутна месечна или годишна заплата	Застрахователна сума