

# Предложение

## ЗА СКЛЮЧВАНЕ

на задължителна застраховка

## ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА

ПРЕДЛОЖЕНИЕ  
ЕКЗЕМПЛЯР ЗА ЗАСТРАХОВАНИЯ

При застрахователно събитие  
0800 11 111

ЗАД „БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“  
София 1000, пл. Полицейско №5 • тел.: 02 9856610  
ЕИК 000694286 • Разрешение за извършване на застрахователна дейност № 11/16.07.1998 г.

I. Фирмена информация от Застрахователя	Застраховател /наименование на фирмата/:		ЕГН/ЕИК	
	Адрес /ПК/ по съдебна регистрация: Град/село		Община	Област
			Тел./мобилен:	e-mail:
	Адрес за кореспонденция:			
			Тел./мобилен:	e-mail:
	Предмет на дейност:			
Отрасъл на икономиката:				
Лице за контакт:				

№	Лица подлежащи на застраховане по категория/длъжност/ професия*	Месечна брутна работна заплата на едно лице	Годишна брутна работна заплата на едно лице	Брой лица	** Застрахователна сума

\* Писмената заповед на работодателя за категориите персонал, длъжностите или професиите подлежащи на застраховане е неразделна част от предложението за сключване на застраховка "Трудова злополука". При недостиг на място в таблицата се използва списъкът на гърба на това предложение.  
\*\* Застрахователната сума не може да бъде по-малка от 7-кратния размер на годишната брутна работна заплата на съответния работник или служител за 12-те месеца, предхождащи момента на сключване на застраховката

III. ИНФОРМАЦИЯ СВЪРЪЗНА С ОЦЕНКА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК	1. Изпълнени ли са всички предписания на контролните органи, във връзка с безопасността и охраната на труда ? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не				
	2. Посочете броя на трудовите злополуки за последните три години:				
	год.	средносписъчен състав на персонала:	със смъртен изход:	с трайна загуба:	с временна загуба на работоспособност:
	год.	средносписъчен състав на персонала:	със смъртен изход:	с трайна загуба:	с временна загуба на работоспособност:
год.	средносписъчен състав на персонала:	със смъртен изход:	с трайна загуба:	с временна загуба на работоспособност:	

IV. СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА	от	часа на	20	г.
	до	часа на	20	г.

V. НАЧИН НА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ	в брой <input type="checkbox"/> или по банков път <input type="checkbox"/>	
	еднократно <input type="checkbox"/> или разорочено <input type="checkbox"/>	брой вноски <input type="checkbox"/>

Декларирам, че горната информация е пълна и вярна. Съгласен съм данните, посочени в това предложение, да послужат като основание за сключване на застрахователен договор между представляваната от мен фирма и ЗАД "БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП".

Място и дата на попълване: ..... 20.....г.

От името на Застрахователя: .....  
(име и фамилия, подпис, печат)

