ІНФОРМАЦІЙНИЙ ФОРМУЛЯР

*Інструкція до частини I.*

Просимо заповнити форму нижче, надавши інформацію та посилаючись на джерело у своїх внутрішніх документах та назвати конкретну послугу / пакет, якщо не всі Ваші поліси відповідають вимогам, згідно з поданим нижче зразком:

* Чи надаєте Ви цілодобову послугу служби підтримки, котра дозволяє повідомити про випадок, за який відповідає страховик?

ТАК (підстава: пункт 10 страхових умов, лише пакет PREMIUM).

НІ

Заповнений формуляр просимо надіслати на адресу [kijow.wk.ubezpieczenia@msz.gov.pl](mailto:kijow.wk.ubezpieczenia@msz.gov.pl) разом із доданими документами, на які Ви посилаєтесь. Просимо цитувати конкретні записи.

БЛАНК БЕЗ ВІДПОВІДНИХ ПОСИЛАНЬ НА ЗАПИСИ В ДОКУМЕНТАХ БУДЕ ВВАЖАТИСЯ НЕДІЙСНИМ

Інформуємо, що виповнення **всіх** вимог визначених новим законодавством є обов´язковою умовою включення даної компанії у список стрвхових компаній, складений МЗС Республіки Польща.

*Формуляр частина 1*

1. Чи надаєте Ви цілодобову послугу служби підтримки, котра дозволяє повідомити про випадок, за який відповідає страховик?

ТАК (підстава ..............................)

НІ

1. Чи становить розмір покриття страхових випадків щонайменше 30 000 Євро?

ТАК (підстава ..............................)

НІ

1. Чи покриває медичне страхування подорожей такі види випадків:

* Витрати на невідкладну медичну та / або екстрену госпіталізацію;

ТАК (підстава ..............................)

НІ

* Транспортні витрати до постійного місця проживання у разі хвороби або смерті застрахованої особи?

ТАК (підстава ..............................)

НІ

1. Чи маєте Ви офіс або філію (розуміється, як окрема та організаційно незалежна частина економічної діяльності, що здійснюється підприємцем за межами місцезнаходження підприємця або основного місця діяльності) в Республіці Польща або в інших державах-членах ЄС, або в одній із наступних країн: Ліхтенштейн, Ісландія, Норвегія, Швейцарія?

ТАК (де в долучених документах є інформація про це [у тому числі про адресу філії] .............................)

НІ

Якщо відповідь на вищезазначене питання звучить - НІ, **просимо заповнити другу частину формуляра**. Якщо Ви відповіли ТАК, **просимо не заповнюйте другу частину формуляра**.

місце і дата підпис і печатка вповноваженої особи

*Інструкція до частини II.*

Ця частина стосується діяльності компанії. У відповідях на запитання 4 і 5 слід посилатися на джерело відповідних вихідних даних.

*Формуляр частина II*

1. Чи публікуєте результати аудиту діяльності (якщо так, вкажіть результати такого аудиту з посиланням на публікацію у відкритому доступі)?

ТАК (підстава ..............................)

НІ

1. Чи аудит був виконаний визнаним міжнародним аудиторським органом (просимо надати інформацію про організацію, котра виконувала аудит)?

ТАК (підстава ..............................)

НІ

1. Чи аудит показує реальну можливість задоволення вимог до страховика через суб'єктів, які надають послуги з охорони здоров'я на території Республіки Польща (вкажіть конкретний пункт цитованого аудиту)?

ТАК (підстава ..............................)

НІ

1. Чи публікуєте дані про суму зібраних внесків щонайменше раз на півроку?

ТАК (підстава ..............................)

НІ

1. Чи публікуєте суму виплат за даним видом страхування щонайменше раз на півроку?

ТАК (підстава ..............................)

НІ

місце і дата підпис і печатка вповноваженої особи