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?

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

[ ]  НІ

Заповнений формуляр просимо надіслати на адресу 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