

KINDLUSTUSLEPINGU SÖLMIMISE SOOVIVALDUS Elukindlustus (tunnuskood Ri_L)

Kindlustusandjaks on ERGO Life Insurance SE (registreeritud Leedus), kes osutab Eestis teenuseid ERGO Life Insurance SE Eesti filiaali kaudu (edaspidi nimetatud ka Kindlustusandja). Käesoleva sooviavalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja. Sooviavalduse koostaja on kohustatud esitama sooviavalduses õiget ja täielikud andmed ning teatama kindlustusandjale kõigist talle teada olevatest asjaoludest, millel on mõju kindlustusandja otsusele kindlustusleping sõlmida või teha seda kokkulepitud lisatingimustel. Kui küsitud andmed ei mahu sooviavalduse ankeedile, palume esitada need eraldi lehel.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi/
Ettevõtte nimetus _____ Isikukood/
Registrikood _____

Aadress _____
Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald ja maakond

Telefon _____ E-post _____

Olen riikliku taustaga isik Olen mitteresident Soovin arvet e-posti teel Soovin arvet posti teel

KINDLUSTATUD ISIK

Täidetakse, kui kindlustusvõtja ei ole kindlustatud isik

Ees- ja perekonnanimi _____ Isikukood _____

Aadress _____
Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald ja maakond

Telefon _____ E-post _____

Kindlustatud isik on riikliku taustaga isik Kindlustatud isik on mitteresident

SOODUSTATUD ISIK(UD)

Päriljad Isikuliselt

Ees- ja perekonnanimi / Ettevõtte nimetus _____ Isikukood / Registrikood _____ Osa väljamaksest _____

Kindlustatud isiku surma korral on soodustatud isik(ud):

_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

KINDLUSTAMINE

Kindlustusperioodi algus _____ Päev, kuu, aasta _____ Makseviis _____ Aastamakse _____ Poolaastamakse _____ Kvartalimakse _____ Kuumakse _____

	Kindlustussumma	Valitud makseviisi makse esimesel kindlustusaastal
<input type="checkbox"/> Elukindlustus	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kriitiliste haiguste lisakindlustus	_____	_____
<input type="checkbox"/> Puuduva töövõime lisakindlustus	_____	_____
<input type="checkbox"/> Haiglapäevaraha lisakindlustus	_____	_____
<input type="checkbox"/> Õnnetusjuhtumi lisakindlustus	_____	_____
Püsiva puude hüvitis	_____	_____
Surmajuhtumihüvitis	_____	_____
Päevaraha	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laste kriitiliste haiguste lisakindlustus (vorm AV.0151.16)	_____	_____

Kindlustusmakse kokku _____

TEADMISEKS KINDLUSTUSVÕTJALE

Käesoleva sooviavalduse allkirjastamisega kinnitan, et olen tutvunud ERGO Life Insurance SE Eesti filiaali elukindlustuslepingu te üldtingimustega, minu valitud põhikindlustuse eritingimustega ja lisakindlustuse tingimustega ning nõustun nendega. Olen teadlik, et sooviavaldus on jõus kolme kuu jooksul arvates selle esitamisest. Kui kolme kuu jooksul kindlustuslepingut ei sõlmita, kaotab sooviavaldus kehtivuse. Kinnitan, et ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal on mind teavitanud kindlustuslepingust taganemise õigusest 14 päeva jooksul arvates kindlustuslepingu sõlmimisest. Kui ma ei ole kindlustusandja tegevusega rahul, siis on mul õigus pöörduda Finantsinspektsiooni Sakala 4, 15030 Tallinn.

Kinnitan, et olen saanud ja tutvunud teabelehega lepingu sõlmimise juurde.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi/
Ettevõtte nimetus _____

Allkiri _____ Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

KINDLUSTATUD ISIK

Ees- ja perekonnanimi/
Ettevõtte nimetus _____

Allkiri _____

KINDLUSTUSANDJA ESINDAJA

Allkiri _____