

ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ Страхование жизни (опознавательный код Ri_L)

Страховщик ERGO Life Insurance SE (зарегистрировано в Литве), оказывающее в Эстонии услуги через ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal (далее именуется также как Страховщик). Настоящее заявление заполняет страхователь или его уполномоченный представитель. Составитель заявления обязан предоставить в заявлении верные и полные данные, а также сообщить страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, влияющих на решение страховщика заключить договор страхования или сделать это на оговоренных дополнительных условиях. Если запрашиваемые данные не помещаются в анкету заявления, просим представить их на отдельном листе.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия/ _____ Личный код/Регистрационный код _____
Название предприятия _____
Адрес _____
Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), индекс, город или волость и уезд
Телефон _____ Э-почта _____
Являюсь политически значимым лицом Являюсь нерезидентом Желая счет по э-почте Желая счет по почте

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО Заполняется, если страхователь не является застрахованным лицом

Имя и фамилия _____ Личный код _____
Адрес _____
Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), индекс, город или волость и уезд
Телефон _____ Э-почта _____
Являюсь политически значимым лицом Являюсь нерезидентом

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ) Наследники Лично

Имя и фамилия/Название предприятия _____ Личный код/Регистрационный код _____ Доля выплаты _____
Выгодоприобретатель(выгодоприобретатели) в случае смерти застрахованного лица:

_____ %
_____ %
_____ %

СТРАХОВАНИЕ

Начало периода страхования _____
_____ День, месяц, год
Способ оплаты _____ Годовой взнос Полугодовой взнос Квартальный взнос Месячный взнос
Страховая сумма _____ Взнос по выбранному способу оплаты в первый страховой год _____
 Страхование жизни _____
 Дополнительное страхование критических заболеваний _____
 Дополнительное страхование отсутствия трудоспособности _____
 Дополнительное страхование больничных суточных денег _____
 Дополнительное страхование несчастного случая _____
Возмещение в связи с постоянным недугом _____
Возмещение в случае смерти _____
Суточные деньги _____
 Дополнительное страхование детских критических заболеваний (форма AV.0151.16) _____
Суммарный страховой взнос _____

К СВЕДЕНИЮ СТРАХОВАТЕЛЯ

Подпись настоящего заявления подтверждаю, что ознакомился с общими условиями договоров страхования жизни ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal, с особыми условиями выбранного мной основного страхования и с условиями дополнительного страхования и согласен с ними. Мне известно, что заявление находится в силе в течение трех месяцев с момента его представления. Если в течение трех месяцев договор страхования не заключают, заявление перестает действовать. Подтверждаю, что ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal известило меня о праве отступления от договора страхования в течение 14 дней с момента заключения договора страхования. Если я не удовлетворен деятельностью страховщика, то имею право обратиться в Финансовую инспекцию Сакала 4, 15030 Таллинн.

Подтверждаю, что получил информационный лист к заключению договора и ознакомился с ним.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия/ _____
Название предприятия _____

Подпись _____ Дата _____
_____ День, месяц, год

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

Подпись _____

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Имя и фамилия/ _____
Название предприятия _____

Подпись _____