

## 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 \_\_\_\_\_