

KINDLUSTUSLEPINGU SÕLMIMISE SOOVIVALDUS

Ravikindlustus

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 õiged ja täielikud andmed ning teatama kindlustusandjale kõigist talle teada olevatest asjaoludest, millel on mõju kindlustusandja otsusele kindlustusleping sõlmida või teha seda kokkulepitud lisatingimustel.

PALUME TÄITA TRÜKITÄHTEDEGA

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi/
Ettevõtte nimetus _____

Isikukood/
registrikood/
sünniaeg _____

Kodakondsus _____

Address _____

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

Telefon _____

E-post _____

Kontaktisik _____

Soovin arvet e-posti teel

KINDLUSTATUD ISIK Täidetakse juhul, kui kindlustusvõtja ja kindlustatud isik on erinevad

Ees- ja perekonnanimi/
Ettevõtte nimetus _____

Isikukood/
registrikood/
sünniaeg _____

Kodakondsus _____

Address _____

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

Telefon _____

E-post _____

KINDLUSTAMINE

Kindlustusperioodi algus

Kindlustusperioodi lõpp

Kindlustusmaksete tasumine

Päev, kuu, aasta

Päev, kuu, aasta

Aastamakse

Poolaastamakse

Kvartalimakse

Kuumakse

Ühekordne makse
(lepingule perioodiga 3-12 k)

Kindlustustoode

Kindlustuspakett
residendile

MINI

MIDI

MAKSI

Kindlustuspakett
mitteresidendile

MINI

MIDI

MAKSI

Lisakindlustused

Hambaravi-
kindlustus

Kindlustusmakse _____

Enne sooviavalduse allkirjastamist palume tutvuda ravikindlustuse lepingu üldtingimustega. Sooviavalduse juhised ning nõusolekud asuvad järgmisel lehel ja on sooviavalduse lahutamatu osa. Oma allkirjaga kinnitate, et olete nendega nõus ja olete saanud sooviavalduse koopia.

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

KINDLUSTUSVÕTJA

Koht _____

Allkiri _____

KINDLUSTUSANDJA ESINDAJA

Allkiri _____

Ees- ja perekonnanimi _____

KINDLUSTATUD ISIK

Ettevõtte nimi _____

Kuupäev _____

Päev, kuu, aasta

Allkiri _____

Registrikood _____

JUHISED KINDLUSTUSVÕTJALE

■ Vastutus kindlustusavalduse eest

Vahendaja (kindlustusandja esindaja) annab Teile kindlustuslepingu sõlmimisel nõu ja tal ei ole volitusi võtta vastu suulisi selgitusi ega andmeid. Kõik selgitused ja andmed tuleb esitada ERGO Life Insurance SE Eesti filiaalile (edaspidi ERGO) kirjalikult. See kehtib ka juhul, kui olete andnud vahendajale (kindlustusandja esindajale) selgitusi või andmeid enne, kui olete lugenud käesolevat sätet. Palume Teil kontrollida, et kõik andmed ja selgitused, mis vahendaja (kindlustusandja esindaja) Teile eest kindlustusavaldusse või muudesse dokumentidesse on kandnud, oleksid õiged ja täielikud. Parandustele tuleb lisada "Õige parandus" ja kindlustusvõtja allkiri.

■ Kindlustuslepingu juriidilised alused

Kindlustuslepingu suhtes rakendatakse Eesti Vabariigis kehtivaid õigusakte ja kindlustuslepingu dokumente.

■ Täiendavate elukindlustuslepingute sõlmimine

Olemasolevad elukindlustuslepingud ei takista täiendavate elukindlustuslepingute sõlmimist kindlustuskaitse laiendamiseks.

NÕUSOLEK ISIKUANDMETE TÖÖTLEMISEKS

Lepingu sõlmimisel kindlustusavalduses ja lepingu muutmisel kindlustusandjale esitatud andmed kindlustatud isiku tervises seisundi kohta on isikuandmete kaitse seaduse mõistes delikaatsed andmed. Kindlustusseltsil on neid vaja kindlustusriski hindamiseks ja kindlustuskaitse tagamiseks.

Palume Teil enne terviseandmete töötlemisega nõustumist tutvuda ERGO isikuandmete töötlemise põhimõtetega aadressil: https://www.ergo.ee/files/ergo_privaatsuspoliitika.pdf või ERGO kontoril. Isikuandmete töötlemise põhimõtetes on põhjalikult selgitatud isikuandmete liigid, töötlemise eesmärgid, õiguslikud alused, isikuandmete vastuvõtjate kategooriad, andmete säilitamise tähtajad, andmesubjekti õigused esitada taotlusi ja vastuväiteid edasise töötlemise osas ning kaebuse esitamise kord. Kui olete isikuandmete töötlemise põhimõtetega tutvunud ja nendega nõus, palume Teil anda ERGO-le järgmine nõusolek:

- Annan ERGO'le nõusoleku töödelda käesolevas avalduses esitatud terviseandmeid (andmed tervise, pärlikkuse ja/või puude kohta) lepingu sõlmimise ettevalmistamise eesmärgil (sh kindlustusriski hindamine, ekspertide ja edasikindlustajaga konsulteerimine). Nõustun, et kindlustusriski hindamiseks on ERGO'l õigus konsulteerida ekspertidega, pädevate ametiasutuste ja edasikindlustajaga, et otsustada, kas ja millistel tingimustel kindlustusleping sõlmida. Andmete kontrollimiseks ja täpsustamiseks on ERGO'l õigus küsitleda arste ja raviasutusi, kus mind on uuritud, ravitud või hooldatud või hakatakse uurima, ravima või hooldama.

Kuupäev

(kindlustusvõtja nimi)

Allkiri

Kuupäev

(kindlustatud isiku nimi)

Allkiri

KINDLUSTUSLEPINGU SÖLMIMISE SOOVIAVALDUSE LISA Riskiasjaolude küsimustik

Andmed, mida Te ei soovi teada anda ERGO müügiesindajale, võite lisada avaldusele kinnises ümbrikus, mis edastatakse riskihindajale.

KINDLUSTATUD ISIK

Ees- ja perekonnanimi _____ Isikukood/sünniaeg | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Tervist ohustavad riskid

1.1. Kas Teie töö on seotud ohuga tervisele? Ei Jah (täpsustage) _____

1.2. Kas Te tegelete mõne suure riskiga huvi- või spordialaga? Ei Jah (täpsustage) _____
(nt motosport, benji-hüpped, poks, mägi- või kaljuronimine, kiir- ja sööstlaskumine, ekstreemspordialad, profisport)

2. Andmed kindlustatud isiku tervise kohta

2.1. Pikkus _____ cm Kaal _____ kg Kehamassiindeks _____

2.2. Kas Te suitsetate üle 20 sigareti päevas? Ei Jah

2.3. Kas Te tarbite nädalas rohkem kui 0,3l kanget alkoholi, 1,2l veini või 1,5l õlut? Ei Jah

2.4. Kas Te tarvitate regulaarselt ravimeid, uimasteid, rahusteid jms? Ei Jah (täpsustage) _____

2.5. Kas Teil on viimase 5 aasta jooksul esinenud alljärgnevat terviseprobleeme? Ei Jah (täpsustage) _____

- Hingamiselundite haigused (nt astma, krooniline bronhiit, krooniline nohu, kopsupõletik, angiin jt)
- Südame-veresoonkonna haigused (nt kõrge vererõhk, südame rütmihäired, infarkt jt)
- Seedeorganite haigused (nt gastriit, haavand, kroonilised soolepõletikud jt)
- Endokrinoloogilised haigused (nt diabeet, kilpnäärmehaigused, kõrge kolesterool jt)
- Lülisamba-, luude ja liigesahaigused (nt radikulopaatia, skolioos, spondüliit, artriidid, reuma jt)
- Neerude, kuseteede ja suguelundite haigused (nt põletikud, kivid, kasvajad jt)
- Närvisüsteemi- ja psüühikahäired (nt peavalud, migreen, epilepsia, Parkinsoni tõbi, depressioon, pareesid jt)
- HI-viiruse kandlus
- Traumad, vigastused
- Muud eelpool nimetatud tervisehäired (sh rasedus) või kaebused, mis mõjutavad Teie tervist ja millega plaanite pöörduda arsti poole

Palun täpsustage tervist ohustavate riskide, terviseprobleemi või kaebuse asjaolusid

(diagnoos või kaebuste kirjeldus, kas olete paranenud või ravi kestab, kas võtate ravimeid jms?):

Olen teadlik, et kindlustusandja ei hüvita enne kindlustuslepingu jõustumist tekkinud haiguse, trauma ravi kulusid v.a. kui kindlustustingimustes ei ole märgitud teisiti.

Kinnitan, et olen vastanud küsimustikule ausalt ja täielikult. Olen teadlik, et kui minu esitatud informatsioon on väär, puudulik või eksitav, siis on kindlustusandjal õigus tühistada kindlustusleping selle sõlmimisest alates.

Kuupäev | | | | | | | | | | | | | | | | | |
PP KK AAAA

KINDLUSTUSANDJA ESINDAJA

Ees- ja perenimi _____

Allkiri _____

KINDLUSTATUD ISIK

Allkiri _____