

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ЖЕЛАНИИ ЗАКЛЮЧИТЬ ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

### Медицинское страхование

Страховщиком является компания ERGO Life Insurance SE (зарегистрирована в Литве), которая в Эстонии оказывает услуги при посредстве филиала ERGO Life Insurance SE в Эстонии (далее также именуется Страховщиком). Настоящее заявление заполняет страхователь или его уполномоченный представитель. Составитель заявления обязан указать в заявлении верные и полные данные, а также сообщить страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, которые могут повлиять на решение страховщика заключить договор страхования или сделать это на оговоренных дополнительных условиях.

#### ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

##### СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия /  
Наименование  
предприятия \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), почтовый индекс, город или волость, уезд

Телефон \_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_

Контактное лицо \_\_\_\_\_

Хочу получать счета по эл. почте

Личный код /  
регистрационный код /  
дата рождения \_\_\_\_\_

##### ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Заполняется в случае, если страхователь и застрахованное лицо различаются

Имя и фамилия /  
Наименование  
предприятия \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), почтовый индекс, город или волость, уезд

Телефон \_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_

Личный код /  
регистрационный код /  
дата рождения \_\_\_\_\_

##### СТРАХОВАНИЕ

Начало страхового периода \_\_\_\_\_

Конец страхового периода \_\_\_\_\_

Уплата страховых взносов

\_\_\_\_\_   
День, месяц, год

\_\_\_\_\_   
День, месяц, год

Годовой  
взнос

Полугодовой  
взнос

Ежеквартальный  
взнос

Ежемесячный  
взнос

Единоразовый взнос  
(за период договора  
от 3 до 12 мес.)

##### Страховой продукт

Страховой пакет  
для резидента

Страховой пакет  
для нерезидента

Дополнительное  
страхование

Страховой платеж \_\_\_\_\_

MINI

MIDI

MAKSI

MINI

MIDI

MAKSI

Стоматологическое  
страхование

Перед подписанием заявления просим ознакомиться с общими условиями договора медицинского страхования. Указания по заполнению заявления и пункты о согласии находятся на следующей странице и являются неотъемлемой частью заявления. Своей подписью вы подтверждаете, что согласны с ними и получили копию заявления.

Подтверждаю, что получил/получила информационный лист о заключении договора и ознакомился/ознакомилась с ним.

##### СТРАХОВАТЕЛЬ

Место \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

##### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

Подпись \_\_\_\_\_

Имя и фамилия \_\_\_\_\_

Наименование  
предприятия \_\_\_\_\_

##### ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Дата \_\_\_\_\_   
День, месяц, год

Подпись \_\_\_\_\_

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

## УКАЗАНИЯ ДЛЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

### ■ Ответственность за страховое заявление

Посредник (представитель страховщика) консультирует Вас при заключении договора страхования, но не имеет полномочий принимать пояснения или данные в устной форме. Все пояснения и данные необходимо предоставить филиалу ERGO Life Insurance SE в Эстонии (далее – ERGO) в письменном виде. Это правило действует также в случае, если вы предоставили посреднику (представителю страховщика) пояснения либо данные до того, как прочитали этот пункт. Просим Вас убедиться, что все данные и появления, которые посредник (представитель страховщика) занес в страховое заявление либо другие документы, являются верными и полными. К исправлениям следует добавить «исправленному верить» и поставить подпись страхователя.

### ■ Юридические основы договора страхования

К договору страхования применяются действующие в Эстонской Республике правовые акты и документы о договоре страхования.

### ■ Заключение дополнительных договоров страхования

Имеющиеся договоры страхования жизни не препятствуют заключению дополнительных договоров страхования жизни с целью расширения страховой защиты.

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ЛИЧНЫХ ДАННЫХ

Данные о состоянии здоровья застрахованного лица, предоставленные страховщику при заключении договора в страховом заявлении и при изменении договора, являются в понимании закона о защите личных данных деликатными данными. Страховое общество нуждается в этих данных с целью оценки страхового риска и обеспечения страховой защиты.

Перед тем, как согласиться на обработку личных данных, просим вас ознакомиться с принципами обработки личных данных ERGO по адресу: [https://www.ergo.ee/files/ergo\\_privaatsuspoliitika.pdf](https://www.ergo.ee/files/ergo_privaatsuspoliitika.pdf) или в офисе ERGO. В принципах обработки личных данных подробно разъяснены виды личных данных, цели и правовые основания их обработки, категории лиц, принимающих личные данные, сроки хранения данных, права субъекта данных на подачу заявлений и возражений, касающихся дальнейшей обработки данных, а также порядок подачи жалоб. Если Вы ознакомились с принципами обработки личных данных и согласны с ними, просим Вам дать компании ERGO следующее согласие:

- Я даю компании ERGO согласие на обработку представленных в настоящем заявлении медицинских данных (данные о здоровье, наследственности и/или инвалидности) в целях подготовки к заключению договора (в т. ч. оценки страхового риска, консультации с экспертами и компанией, обеспечивающей страхование в дальнейшем). Я согласен (согласна), что для оценки страхового риска компания ERGO имеет право консультироваться с экспертами, компетентными учреждениями и компанией, обеспечивающей страхование в дальнейшем, чтобы решить, заключать ли договор страхования, и на каких условиях. Для проверки и уточнения данных компания ERGO имеет право опрашивать врачей и медицинские учреждения, где проводилось мое обследование и лечение либо уход за мной, а также учреждения, где обследование и лечение либо уход за мной будут проводиться в дальнейшем.

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

(имя страхователя)

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

(имя застрахованного лица)

\_\_\_\_\_

Подпись

## ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ Опросник по обстоятельствам риска

Данные, которые Вы не желаете сообщать представителю по продажам компании ERGO, можно приложить к заявлению в запечатанном конверте, который будет передан оценщику рисков.

### ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Имя и фамилия \_\_\_\_\_ Личный код/дата рождения \_\_\_\_\_

#### 1. Риски, угрожающие здоровью

1.1. Сопряжена ли Ваша работа с риском для здоровья?  Нет  Да (уточните) \_\_\_\_\_

1.2. Имеете ли Вы какое-либо хобби или занимаетесь ли каким-либо спортом, которые связаны с высоким уровнем риска?  Нет  Да  
(например, мотоспорт, банджи-джампинг, бокс, альпинизм или скалолазание, скоростной спуск, экстремальные виды спорта, профессиональный спорт)  
(уточните) \_\_\_\_\_

#### 2. Данные о здоровье застрахованного лица

2.1. Рост \_\_\_\_\_ см Вес \_\_\_\_\_ кг Индекс массы тела \_\_\_\_\_

2.2. Выкуриваете ли Вы более 20 сигарет в день?  Нет  Да

2.3. Потребляете ли Вы более 0,3 л крепкого алкоголя, 1,2 л вина или 1,5 л пива в неделю?  Нет  Да

2.4. Принимаете ли Вы регулярно лекарства, наркотики, успокоительные препараты и др.?  Нет  Да

(уточните) \_\_\_\_\_

2.5. Испытывали ли Вы в течение пяти последних лет следующие проблемы со здоровьем?  Нет  Да

- (уточните) \_\_\_\_\_
- Заболевания дыхательных путей (например, астма, хронический бронхит, хронический насморк, воспаление легких, ангина и др.)
  - Заболевания сердечно-сосудистой системы (например, высокое кровяное давление, нарушения сердечного ритма, инфаркт и др.)
  - Заболевания органов пищеварения (например, гастрит, язва, хроническое воспаление кишечника и др.)
  - Эндокринологические заболевания (например, диабет, заболевания щитовидной железы, высокий холестерин и др.)
  - Заболевания позвоночника, костей и суставов (например, радикуллопатия, сколиоз, спондилит, артрит, ревматизм и др.)
  - Заболевания почек, мочевыводящих путей и половых органов (например, воспаления, камни, опухоли и др.)
  - Расстройства нервной системы и психики (например, головные боли, мигрень, эпилепсия, болезнь Паркинсона, депрессия, парезы и др.)
  - Носительство ВИЧ
  - Травмы, повреждения
  - Прочие не перечисленные выше состояния здоровья (в т. ч. беременность) или жалобы, которые влияют на Ваше здоровье и с которыми Вы планируете обратиться к врачу

#### Пожалуйста, уточните обстоятельства рисков, угрожающих здоровью, проблем со здоровьем или жалоб

(описание диагноза или жалобы, выздоровели ли Вы или лечение продолжается, принимаете ли Вы лекарства и др.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я осведомлен(а) о том, что страховщик не возмещает расходы, связанные с заболеваниями, возникшими до заключения договора страхования, а также расходы на лечение травм, за исключением случая, когда в условиях страхования указано иначе.

Подтверждаю, что ответил(а) на вопросы опросника честно и полностью. Я осведомлен(а) о том, что в случае, если предоставленная мной информация окажется ложной, неполной или вводящей в заблуждение, страховщик имеет право расторгнуть договор страхования начиная с момента его заключения.

Дата \_\_\_\_\_  
дд мм гггг

#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

Имя и фамилия \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

#### ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Подпись \_\_\_\_\_