

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

Личный код /
регистрационный код /
дата рождения

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

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

 Заполняется в случае, если страхователь и застрахованное лицо различаются

Имя и фамилия /
Наименование
предприятия

Личный код /
регистрационный код /
дата рождения

Гражданство

Адрес

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

Телефон

Электронная почта

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

Вам нужна медицинская страховка, чтобы подать заявление на получение/продление
вида на жительство или визы в Эстонии?

ДА

НЕТ

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

Подпись

Регистрационный номер

День, месяц, год

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 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, радикулит, 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 _____