

KINDLUSTUSLEPINGU SÕLMIMISE SOOVIABALDUS

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 sooviabalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja. Sooviabalduse koostaja on kohustatud esitama sooviabalduses 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 _____ Aadress _____ 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 _____ Aadress _____ Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald ja maakond _____

Telefon _____ E-post _____

KINDLUSTAMINE

Kindlustusperioodi algus _____ Kindlustusperioodi lõpp _____ Kindlustusmaksete tasumine _____ Ühekordne makse
(lepingule perioodiga 3-12 k)

Päev, kuu, aasta _____ Päev, kuu, aasta _____ Aastamakse _____ Poolaastamakse _____ Kvartalimakse _____ Kuumakse _____

Kindlustustoode

Kindlustuspakett residendile _____ Kindlustuspakett mitteresidendile _____ Lisakindlustused _____ Kindlustusmakse _____

☐ MINI ☐ MINI ☐ Hambaravi-kindlustus

☐ MIDI ☐ MIDI

☐ MAKSI ☐ MAKSI

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

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

Koht _____ **KINDLUSTUSVÕTJA** _____ **KINDLUSTUSANDJA ESINDAJA** _____

_____ Allkiri _____

_____ Ees- ja perekonnanimi _____

_____ **KINDLUSTATUD ISIK** _____ Ettevõtte nimi _____

Kuupäev _____ Allkiri _____ Registrikood _____

Päev, kuu, aasta _____

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) Teie 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: Isikuandmete kaitse | ERGO või ERGO kontoris. 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, pärilikkuse 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 ravisutusi, kus mind on uuritud, ravitud või hooldatud või hakatakse uurima, ravima või hooldama.

Kuupäev

(kindlustusvõtja nimi)

Allkiri

Kuupäev

(kindlustatud isiku nimi)

Allkiri

KINDLUSTUSLEPINGU SÕLMIMISE 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 sööstaskumine, 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 alljärgnevaid 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 liigesehaigused (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 terviseseisundid (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 _____