ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal
Veskiposti 2/1, 10138 Tallinn
Registrikood 12025488
KMKR 101423450
Tel 610 6677
elukindlustus@ergo.ee
www.ergo.ee

ERGO
Teeme tähtsa lihtsaks

Заявление на оформление медицинского страхования для граждан Эстонии и Европейского Союза

Страховщиком является компания ERGO Life Insurance SE (зарегистрирована в Литве), которая оказывает услуги на территории Эстонии через Эстонский филиал ERGO Life Insurance SE (далее также — страховщик или ERGO). Данное заявление заполняется страхователем или его уполномоченным представителем, а часть опросника, касающаяся рисков для здоровья, заполняется застрахованным лицом. Лица, заполняющие заявления, обязаны указать в заявлении достоверные и полные данные, а также сообщить страховщику обо всех известных им обстоятельствах, которые могут повлиять на решение страховщика заключить договор страхования или применить согласованные дополнительные условия страхования.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия / Название предприятия	Личный код / регистрационный код / дата рождения
Гражданство	Номер телефона
Адрес	
(улица, номер дома, номер квартиры, почтовый индекс, город/деревня или волость и уезд)	
Адрес электронной почты	☐ Хочу получать счета по электронной почте
Контактное лицо	

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Заполняется, если страхователь и застрахованное лицо являются

Имя и фамилия	Личный код / дата рождения
Гражданство	Номер телефона
Адрес	
(улица, номер дома, номер квартиры, почтовый индекс, город/деревня или волость и уезд)	
Адрес электронной почты	

СТРАХОВАНИЕ

Начало периода страхования (день, месяц, год) NB! Полис можно оформить с первого (1) или четырнадцатого (14) числа месяца.	Окончание периода страхования (день, месяц, год)

Уплата страховых взносов	☐ Годовой платеж	☐ Полугодовой платеж	☐ Квартальный платеж
	☐ Месячный платеж		

Страховые пакеты

Есть ли у вас действующее государственное медицинское страхование?	☐ Да	☐ Нет

☐ МАКСИ	☐ МИДИ (клиентов со страхованием Кассы здоровья)	☐ МИНИ (клиентов со страхованием Кассы здоровья)

1. Риски, угрожающие здоровью

1.1. Сопряжена ли ваша работа с риском для здоровья?	☐ Да (укажите)	☐ Нет
1.2. Занимаетесь ли вы каким-либо видом деятельности или спорта, связанным с высоким риском?	☐ Да (укажите)	☐ Нет

Примеры видов деятельности и спорта, связанных с высоким риском: мотоспорт, банджи-джампинг, бокс, альпинизм, скалолазание, скоростной спуск на лыжах, экстремальные виды спорта.

1.3. Занимаетесь ли вы профессиональным спортом?	☐ Да (укажите)	☐ Нет

Профессиональный спорт — это спортивная деятельность, которая является для спортсмена основным источником дохода и работой.

1.4. Рост см	Вес кг	Индекс массы тела = вес (кг) / (рост (м) x рост (м))

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Перед заключением договора страхования ознакомьтесь с общими условиями договоров медицинского страхования и особыми условиями медицинского страхования. Опросник, касающийся рисков для здоровья, и согласие застрахованного лица на обработку персональных данных являются неотъемлемой частью данного заявления. Уплатой страхового взноса вы подтверждаете, что согласны со всеми указанными условиями.

Для оценки страхового риска и обеспечения страхового покрытия страховщику необходимо обрабатывать ваши персональные данные, в т. ч. данные об угрожающих здоровью рисках, указанных в данном заявлении.

Прежде чем вы дадите согласие на обработку персональных данных, просим вас ознакомиться с принципами ERGO, касающимися обработки персональных данных, на сайте https://ergo.ee/ru/zaschita-dannykh или в представительстве ERGO. После ознакомления с принципами обработки персональных данных просим вас подтвердить свое согласие ниже.

Вы можете отозвать свое согласие, сообщив нам об этом по электронной почте elukindlustus@ergo.ee или по телефону +372 610 6677. Отзыв согласия не распространяется на те процедуры по обработке персональных данных, которые уже были совершены. В случае отзыва согласия до заключения договора мы не сможем заключить договор страхования.

ПОДТВЕРЖДЕНИЯ И СОГЛАСИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

☐ **Я осведомлен(-а), что страховщик не возмещает расходы на лечение заболеваний или травм, возникших до вступления договора страхования в силу, если условиями страхования не предусмотрено иное.**

☐ **Я подтверждаю, что заполнила(-а) опросник честно и полностью. Я осведомлен(-а), что если предоставленная мной информация окажется недостоверной, неполной или вводящей в заблуждение, то страховщик имеет право на отступление от договора страхования.**

☐ **Я даю согласие Эстонскому филиалу ERGO Life Insurance SE на обработку предоставленных мной компании ERGO персональных данных в целях подготовки договора страхования и оценки рисков (включая консультирование с врачами, лечебными учреждениями, экспертами и перестраховщиками).**

ДАТА	ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО
День, месяц, год	Подпись