

KINDLUSTUSLEPINGU SÖLMIMISE SOOIAVALDUS

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 _____

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 _____

Address _____
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)

0 1 _____ 0 1 _____ Aastamakse Poolaastamakse Kvartalimakse Kuumakse _____
Päev Kuu Aasta Päev Kuu Aasta

Kindlustustoode

Kindlustuspakett residendile _____ Kindlustuspakett mitteresidendile _____ Lisakindlustused _____ Kindlustusmakse _____
 Hambaravi-kindlustus

MINI MINI
 MIDI MIDI
 MAKSI MAKSI

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.

Koht _____ **KINDLUSTUSVÕTJA** Allkiri _____ **KINDLUSTUSANDJA ESINDAJA** Allkiri _____
Ees- ja perekonnanimi _____
Ettevõtte nimi _____
Registrikood _____

Kuupäev _____ **KINDLUSTATUD ISIK** Allkiri _____
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 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.

KINDLUSTUSVÕTJA JA KINDLUSTATUD ISIKU(TE) NÕUSOLEK ISIKUANDMETE TÖÖTLEMISEKS

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

Olen nõus, et ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal annab minu terviseandmeid vajaduse korral edasikindlustusseltsidele riski hindamiseks ja edasikindlustuseks.

Olen nõus, et minu andmeid hoitakse ERGO Life Insurance SE Eesti filiaali andmebaasis ja edastatakse minu kindlustuslepingut haldavatele isikutele ainult siis, kui seda on vaja kindlustuslepingu nõuetekohaseks teenindamiseks.

Olen teadlik, et mul on õigus saada kindlustusandja käsutuses olevatest oma tervise seisundi andmetest koopia vastavalt kindlustusandja hinnakirjale. Olen teadlik, et kindlustusandja saab minu nõudmisel sulgeda minu isikuandmed ja lõpetada nende töötlemise üksnes siis, kui kindlustusleping on tühistatud.

_____	_____	_____	_____
Kuupäev	Kindlustusvõtja nimi	Isikukood/sünniaeg	Allkiri
_____	_____	_____	_____
Kuupäev	Kindlustatud isik	Isikukood/sünniaeg	Allkiri

KINDLUSTATUD ISIKU VOLITUS

Lepingu sõlmimisel kindlustusavalduses ja lepingu muutmisel kindlustusandjale esitatud andmed kindlustatud isiku tervise seisundi kohta on isikuandmete kaitse seaduse mõistes delikaatsed andmed. Kindlustusseltsil on neid vaja kindlustusrisi hindamiseks ja kindlustuskaitse tagamiseks ning lepingujärgsete summade väljamaksmiseks.

Kindlustatud isikuna annan ERGO Life Insurance SE Eesti filiaalile volituse oma andmete kontrollimiseks ja täpsustamiseks ning vastavate järelepärimiste tegemiseks.

Volitan ERGO Life Insurance SE Eesti filiaali küsitlema kõiki arste ja raviasutusi, kus mind on uuritud, ravitud või hooldatud või hakatakse uurima, ravima või hooldama.

Samuti volitan ERGO Life Insurance SE Eesti filiaali vajaduse korral küsitlema teisi elukindlustuseltse, ametiasutusi ja politseid.

Käesolevaga vabastan küsitletavat arstid, spetsialistid ja ametnikud vaikimiskohustusest, k.a pärast kindlustusjuhtumit.

_____	_____	_____	_____
Kuupäev	Kindlustatud isiku nimi	Isikukood/sünniaeg	Allkiri

KINDLUSTUSLEPINGU SÕLMIMISE SOOVIVALDUSE LISA

Riskiasjaolude küsimustik

PALUME TÄITA TRÜKITÄHTEDEGA JA LOETAVALT. Andmed, mida Te ei soovi teada anda kindlustusandja müügiesindajale, palume lisada kirjalikult ja kinnises ümbrikus.

KINDLUSTATUD ISIK

Ees- ja perekonnanimi _____ Isikukood/sünniaeg _____

1. Tervist ohustavad riskid

1.1. Kas töötate väljaspool Eestit? Jah Ei Kui tihti, kui kaua, kus? _____

1.2. Töö on seotud ohuga minu tervisele (nt plahvatustööd, kukkumisoht, varing, veealused tööd, tööd kõrguses, kokkupuude mürkainetega, kiirgusega, kukkuvate esemetega jms)

Jah Ei Millised riskid? _____

1.3. Vabal ajal/sportides (nt osalemine võistlustel, langevarjuhüpped, purjesport, motosport, alpinism, mäesuusatamine, sukeldumine jms)

Jah Ei Millised riskid? _____

2. Andmed kindlustatud isiku tervise kohta

2.1. Teie pikkus ja kaal _____ cm _____ kg

2.2. Kas suitsetate/olete suitsetanud rohkem kui 20 sigaretti päevas? Jah Ei Kui "Jah", siis millal alustasite? _____ aastal Millal lõpetasite? _____ aastal

2.3. Kas olete harjumuspäraselt tarvitanud või tarvitate uimasteid, valuvaigisteid, rahusteid, uinuteid jms? Jah Ei Kui "Jah", siis märkige, missuguseid aineid tarvitate/tarvitasite? _____

2.4. Kas tarvitate/olete tarvitanud nädalas rohkem kui 6 ühikut alkoholi? Jah Ei Kui "Jah", siis märkige, mitu ühikut nädalas tarvitate/tarvitasite? _____

Palume vastata alljärgnevatele küsimustele, märkides ristiga ühe kahest vastusevõimalusest. Kui vastuseks on "Jah", siis palume allpool vastata põhjalikult.

2.5.	Kas Teid on opereeritud (k.a ambulatoorselt)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.6.	Kas olete olnud haiglaravil (k.a päevaravil)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.7.	Kas Teiega on juhtunud õnnetusi, vigastusi või mürgistusi, mis on lõppenud tüsistustega või põhjustanud püsivaid tervisekahjustusi?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.8.	Kas olete olnud viimase kolme aasta jooksul töövõimetu rohkem kui 30 päeva?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.	Kas Teil on olnud või on alljärgnevaid tervisehäireid, haigusi, kaebusi?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.1.	Hingamisorganite haigused (nt bronhiaalastma, sagedane bronhiit, pneumoonia, sagedane angiin jne)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.2.	Südame-veresoonehaigused (nt kõrge vererõhk, insult, arütmia, südamepuudulikkus, müokardi infarkt, ajuvereringehäired, veenilaiendid, veresoonte anomaaliad jne)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.3.	Seedeorganite haigused (nt gastriit, maohaavand, kaksteistsõrmiksoole haavand, sapikivid, soolepõletikud, Crohni tõbi, divertikuloos jne)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.4.	Endokrinoloogilised haigused (nt suhkurtõbi, kõrge kolesteroolitase, kilpnäärmehaigused jne)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.5.	Luu- ja liigesehaigused (nt skolioos, spondüliit, artriit, reuma jne)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.6.	Neerude ja kuseteede haigused (nt neerupõletik, põiepõletik, neerupuudulikkus, neerukivid, eesnäärmehaigused)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.7.	Pea-, seljaaju ja närvistüsteemi häired, psüühikahäired (nt epilepsia, paralüüs, peeringlus, migreen, neuroos, krambid, depressioon, teadvusekaotus, Parkinsoni tõbi, Alzheimeri tõbi jne)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.8.	Verehaigused (nt aneemia, leukeemia, vere hüübivuse häired)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.9.	Nakkushaigused (nt tuberkuloos, viiruslik hepatiit, parasiidid, suguelundite infektsioonid jne)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.9.10.	Muud haigused, mida ei ole eespool mainitud (nt pärilikud haigused, healoomulised ja pahaloomulised kasvajad, vähktõbi, suguelundite haigused jne)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.10.	Kas Teil on lähemal ajal kavas minna haiglaravile, uuringutele või operatsioonile (sh ambulatoorsele)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.11.	Kas olete võtnud viimase kolme aasta jooksul kauem kui kolme nädala jooksul ravimeid (nt uimastid, südamerohud, vererõhuravimid, rahustid jne)?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.12.	Kas olete täielikult töövõimetu / saate töövõimetuspensioni või olete esitanud sellekohase avalduse?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.13.	Kas Teie emal, isal, vennal või õel on südamehaigust, suhkurtõbe, vereringehaigusi, vaimuhaigusi, insulti, neeruhaigusi, kasvajaid, pärilikke haigusi?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.14.	Kas Teil on diagnoositud HI-viirus?	<input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei
2.15.	Milline arst tunneb Teie tervise seisundit kõige paremini või on Teie perearst?	

Arsti nimi, meditsiiniamet _____

Millal viimati ja miks pöördusite tema poole? _____

Palume täpsustada küsimusi, millele vastasite jaatavalt (vajaduse korral kasutage lisalehte)

Küsimuse nr	Diagnooside, haiguste, operatsioonide, vigastuste, õnnetuste üksikasjad. Millal? Mis põhjusel? Millised tüsistused?	Millal ravi lõppes? (aasta, kuu)	Arstide ja haiglate nimed, aadressid
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Olen teadlik, et kindlustusandja ei hüvita enne kindlustuslepingu jõustumist diagnoositud kroonilise või kaasasündinud haiguse või trauma ravi kulusid v.a. juhul, kui selle kohta on kindlustuandjaga sõlmitud erikokkulepe.

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 _____
Päev, kuu, aasta

KINDLUSTUSVÕTJA
Allkiri _____

KINDLUSTUSANDJA ESINDAJA
Allkiri _____

KINDLUSTATUD ISIK
Allkiri _____

Ees- ja perekonnanimi _____
Ettevõtte nimi _____
Registrikood _____