ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal
Адрес A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn
Телефон 610 6677
Регистрационный код 12025488
Эл. почта elukindlustus@ergo.ee

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Медицинское страхование

Страховщиком является ERGO Life Insurance SE (зарегистрирован в Литве), который оказывает в Эстонии услуги при посредничестве ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal (Далее - Страховщик).
Настоящее заявление заполняет страхователь или его уполномоченный представитель. Составитель заявления обязан предоставить в заявлении достоверные и полные данные, а также сообщить страховщику о всех известных ему обстоятельствах, которые могут повлиять на решение страховщика о заключении договора или о заключении договора на согласованных дополнительных условиях.

РПРОСИМ ЗАПОЛНЯТЬ ЛАТИНСКИМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия/ Название предприятия _____ Личный код/ регистрационный код/ дата рождения _____

Адрес _____
Улица, № дома, № квартиры (хутор, деревня), почтовый индекс, город или волость и уезд

Телефон _____ Эл. почта _____

Контактное лицо _____ ☐ Желаю получить счет по эл. почте

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО Заполняется в случае, если страхователь и застрахованное лицо различаются Имя и фамилия/ Название предприятия _____ Личный код/ регистрационный код/ дата рождения _____

Адрес _____
Улица, № дома, № квартиры (хутор, деревня), почтовый индекс, город или волость и уезд

Телефон _____ Эл. почта _____

СТРАХОВАНИЕ

Начало периода страхования 0 1 _ _ _ _ _ _ _ _
День Месяц Год

Конец периода страхования 0 1 _ _ _ _ _ _ _ _
День Месяц Год

Уплата страховых взносов

Годовой взнос	Полугодовой взнос	Квартальный взнос	Ежемесячный взнос	Единовременный взнос (в случае договора на период 3-11 мес.)
☐	☐	☐	☐	☐

Страховой продукт

Пакет страхования для резидента	Пакет страхования для нерезидента	Дополнительные виды страховой защиты	Страховой взнос
☐ MINI	☐ MINI	☐ Стоматологическое лечение	_____
☐ MIDI	☐ MIDI		
☐ MAKSI	☐ MAKSI		

Прежде чем подписать заявление, просим ознакомиться с общими условиями договора медицинского страхования. Инструкция по заполнению заявления н аходятся на следующей странице и являются неотъемлемой частью заявления. Своей подписью Вы подтверждаете, что согласны с ними и получили копию заявления.

Я подтверждаю, что я получил и прочитал информационный листок к договору.

Место _____ **СТРАХОВАТЕЛЬ** Подпись _____ **ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА** Подпись _____

Имя и фамилия _____

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО Название предприятия _____

Дата _____ Подпись _____ Регистрационный код _____
День, месяц, год

Это неофициальный перевод. При противоречиях между документами на эстонском и иностранном языках руководствуются документом на эстонском языке.

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

■ **Ответственность за заявление на заключение договора страхования**

Посредник (представитель страховщика) консультирует Вас во время заключения договора страхования, и у него нет полномочий принимать устные разъяснения или данные.

Все разъяснения и данные следует предъявить в ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal в письменном виде. Сказанное действительно и в случае, если Вы предоставили посреднику (представителю страховщика) разъяснения или данные до того, как прочитали данное положение.

Просим Вас проверить, чтобы все данные и разъяснения, которые посредник (представитель страховщика) внес за Вас в заявление на заключение договора страхования или в другие документы, были достоверными и полными. К исправлениям следует добавить «Исправление верно» и подпись страхователя.

■ **Юридические основы договора о страховании**

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

■ **Заключение дополнительных договоров страхования жизни**

Существующие договоры страхования жизни не являются препятствием для заключения дополнительных договоров страхования жизни для расширения страховой защиты.

СОГЛАСИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ И ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (ЛИЦ) НА ОБРАБОТКУ ЛИЧНЫХ ДАННЫХ

Указанные при заключении договора в заявлении на договор страхования и предоставленные страховщику при изменении договора данные о состоянии здоровья застрахованного лица являются согласно, Закону о защите личных данных, деликатными данными. Они необходимы страховой компании для оценки рисков и обеспечения страховой защиты.

Я согласен(-на) с тем, что ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal при необходимости передаст данные о моем состоянии здоровья в перестраховочные компании для оценки рисков и для перестрахования.

Я согласен(-на) с тем, что мои данные будут храниться в базе данных ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal и передаваться лицам, занимающимся администрированием моего договора страхования, только в том случае, если это необходимо для надлежащего обслуживания договора страхования.

Я осведомлен(-а), что имею право получить копию находящихся во владении страхователя данных о состоянии моего здоровья, в соответствии с прейскурантом страхователя. Я осведомлен(-а), что страхователь может по моему требованию закрыть мои личные данные и закончить их обработку только при аннулировании договора страхования.

Дата	Имя страхователя	Личный код/дата рождения	Подпись
Дата	Застрахованное лицо	Личный код/дата рождения	Подпись

ДОВЕРЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Указанные при заключении договора в заявлении на договор страхования и предоставленные страховщику при изменении договора данные о состоянии здоровья застрахованного лица являются согласно, Закону о защите личных данных, деликатными данными. Они необходимы страховой компании для оценки рисков и обеспечения страховой защиты, а также для выплаты договорных сумм.

В качестве застрахованного лица я даю ERGO Life Insurance SE Eesti filiaalile полномочия для проверки и уточнения моих данных и наведения соответствующих справок.

Я уполномочиваю ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal опрашивать всех врачей и медицинские учреждения, которые проводили мое обследование, лечение или уход за мной или в которых будут проводить моё обследование, лечение или уход за мной.

Я также уполномочиваю ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal при необходимости опрашивать другие страхование компании, учреждения и полицию.

Настоящим я освобождаю опрашиваемых врачей, специалистов и чиновников от обязанности молчания, в т.ч. и после наступления страхового случая.

Дата	Имя застрахованного лица	Личный код/дата рождения	Подпись

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
Опросник обстоятельств риска

ПРОСИМ ЗАПОЛНЯТЬ ЛАТИНСКИМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ. Данные, которые Вы не желаете предоставлять торговому представителю страховщика, просим добавить в письменном виде в закрытом конверте.

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Имя и фамилия _____ Личный код/дата рождения |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1. Опасные для здоровья риски

1.1.1Работаете ли Вы за пределами Эстонии? ☐ Да ☐ Нет Как часто, как долго, где? _____

1.2. Работа связана с опасностью для моего здоровья (например, взрывные работы, риск падений, обрушение, подводные работы, работа на высоте, соприкосновение с токсичными веществами, радиацией, падающими предметами и т.д.)

☐ Да ☐ Нет Какие риски? _____

1.3. В свободное время/при занятиях спортом (например, участие в соревнованиях, прыжки с парашютом, парусный спорт, мотоспорт, альпинизм, горные лыжи, дайвинг и т.д.)

☐ Да ☐ Нет Какие риски? _____

2. Данные о состоянии здоровья застрахованного лица

2.1. Ваш рост и вес _____ см _____ кг

2.2. Курите/курили ли Вы больше 20 сигарет в день? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», то когда Вы начали? _____ В году Когда закончили? _____ В году

2.3. Была ли у Вас была или есть ли привычка принимать наркотики, обезболивающее, успокоительные средства, снотворные и т.д.? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», то отметьте, какие вещества принимаете/принимали _____

2.4. Употребляете/употребляли ли Вы больше 6 единиц алкоголя в неделю? (50 мл водки = 1 единица, 200 мл вина = 1 единица, 250 мл пива = 1 единица) ☐ Да ☐ Нет Если «Да", то отметьте, сколько единиц в неделю употребляете/употребляли _____

Просим ответить на следующие вопросы, отметив крестиком один из двух возможных ответов. Если ответ «Да», то просим ниже ответить подробнее.

2.5.		Оперировали ли Вас (в т.ч. амбулаторно)?	☐ Да ☐ Нет
2.6.		Были ли Вы госпитализированы (в т.ч. и на дневном уходе)?	☐ Да ☐ Нет
2.7.		Случались ли с Вами несчастные случаи, повреждения, отравления, которые заканчивались осложнениями или стали причиной постоянного вреда здоровью?	☐ Да ☐ Нет
2.8.		Были ли Вы в течение последних трех лет нетрудоспособными более 30 дней?	☐ Да ☐ Нет
2.9.		Были ли у Вас следующие нарушения здоровья, болезни, жалобы?	☐ Да ☐ Нет
	2.9.1.	Заболевания органов дыхания (например, бронхиальная астма, частый бронхит, пневмония, частая ангина и т.д.)?	☐ Да ☐ Нет
	2.9.2.	Болезни сердечно-сосудистой системы (например, высокое давление, инсульт, аритмия, сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения, варикозное расширение вен, аномалии кровеносных сосудов и т.д.)?	☐ Да ☐ Нет
	2.9.3.	Болезни органов пищеварения (например, гастрит, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, камни в желчном пузыре, воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, дивертикулез и т.д.)?	☐ Да ☐ Нет
	2.9.4.	Эндокринологические заболевания (например, сахарный диабет, высокий уровень холестерина, заболевания щитовидной железы и т.д.)?	☐ Да ☐ Нет
	2.9.5.	Заболевания костей и суставов (например, сколиоз, спондилит, артрит, ревматизм и т.д.)?	☐ Да ☐ Нет
	2.9.6.	Болезни почек и мочевыводящих путей (например, воспаление почек, воспаление мочевого пузыря, почечная недостаточность, камни в почках, заболевания предстательной железы)	☐ Да ☐ Нет
	2.9.7.	Расстройства головного мозга, спинного мозга и нервной системы, психические расстройства (например, эпилепсия, паралич, головокружение, мигрень, невроз, конвульсии, депрессия, потеря сознания, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и т.д.)?	☐ Да ☐ Нет
	2.9.8.	Болезни крови (например, анемия, лейкемия, нарушения свертываемости крови)?	☐ Да ☐ Нет
	2.9.9.	Инфекционные болезни (например, туберкулез, вирусный гепатит, паразиты, генитальные инфекции и т.д.)?	☐ Да ☐ Нет
	2.9.10.	Другие, не указанные выше болезни (например, наследственные заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли, раковые заболевания, генитальные заболевания и т.д.)?	☐ Да ☐ Нет
2.10.		Планируете ли Вы в ближайшее время обратиться в больницу для лечения, обследования или операции (в т.ч. амбулаторной)?	☐ Да ☐ Нет
2.11.		Принимали ли Вы за последние три года лекарственные препараты более трех недель (например, наркотики, сердечные лекарства, препараты для артериального давления, успокоительные и т.д.)?	☐ Да ☐ Нет
2.12.		Являетесь ли Вы полностью нетрудоспособным / получаете ли пенсию по нетрудоспособности или подали ли для этого ходатайство?	☐ Да ☐ Нет
2.13.		Имеются ли у Вашей матери, отца, брата или сестры сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, заболевания системы кровообращения, психические заболевания, инсульт, болезни почек, рак, наследственные заболевания?	☐ Да ☐ Нет
2.14.		Диагностировали ли у Вас ВИЧ?	☐ Да ☐ Нет
2.15.		Какой врач лучше всего знает состояние Вашего здоровья или является Вашим семейным врачом?	

Имя врача, медицинское учреждение, должность _____

Когда и по какой причине Вы обращались к нему в последний раз? _____

Просим уточнить вопросы, на которые Вы ответили утвердительно (при необходимости используйте дополнительный лист)

Детали диагнозов, болезней, операций, повреждений, несчастных случаев Вопроса.

№	Когда? По какой причине? Какие осложнения?	Когда закончилось лечение? (год, месяц)	Имена врачей и больных, адреса

☐ *Расходы, возникшие в результате лечения диагностированного до начала действия договора хронического или врожденного заболевания (травмы), страховыми случаями не считаются. Исключение - письменная договоренность со страховщиком.*

Подтверждаю, что ответил на вопросы честно и полностью. Я осведомлен(-а), что если предоставленная мною информация является неверной, неполной или недостоверной, то страховщик имеет право аннулировать договор страхования, начиная с его заключения.

Дата |_|_|_|_|_|_|_|_| (День, месяц, год)

СТРАХОВАТЕЛЬ

Подпись _____

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Подпись _____

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

Подпись _____

Имя и фамилия _____

Название предприятия _____

Регистрационный код _____

Это неофициальный перевод. При противоречиях между документами на эстонском и иностранном языках руководствуются документом на эстонском языке.