

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ ИНТЕРЕСЕ

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия страхователя		Личный код (если нет эстонского личного кода, укажите личный код и дату рождения)
Почтовый адрес (улица, номер дома и квартиры (хутор, деревня и волость), почтовый индекс, город / уезд, страна)		
Адрес места жительства (заполняется, если отличается от почтового адреса)		
Адрес э-почты		Контактный телефон
Название и сфера деятельности работодателя		Должность, служебные обязанности и сфера деятельности
Связано ли выполнение служебных обязанностей с физической деятельностью? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да		Желаю получать информацию <input type="checkbox"/> по э-почте <input type="checkbox"/> в бумажном виде на почтовый адрес
		Предпочитаемый язык <input type="checkbox"/> эстонский <input type="checkbox"/> русский <input type="checkbox"/> английский

СТРАХОВОЙ ИНТЕРЕС И РЕКОМЕНДАЦИИ СТРАХОВЩИКА

Страховой интерес страхователя:	
<input type="checkbox"/> желаю денежное пособие для близких в случае своей смерти <input type="checkbox"/> желаю денежное пособие в случае тяжелого заболевания <input type="checkbox"/> желаю начать получать пенсионные выплаты <input type="checkbox"/> желаю денежное пособие в случае постоянного недостатка здоровья, возникшего в результате несчастного случая <input type="checkbox"/> желаю денежное пособие в случае временной нетрудоспособности или необходимости лечения, возникшей в результате несчастного случая <input type="checkbox"/> желаю использовать пенсионные права, полученные во время работы в Европейском <input type="checkbox"/> другое (уточнить) <input type="checkbox"/> исключаю принятие инвестиционного риска	
<input type="checkbox"/> желаю сберечь / накапливать для детей <input type="checkbox"/> желаю сберечь / накапливать к пенсии	
Рекомендуемый договор страхования (заполняет страховщик)*	Рекомендуемое дополнительное страхование (заполняет страховщик)

* В случае договора накопительного типа, за исключением случая, когда клиент исключил принятие инвестиционного риска, страховщик выясняет инвестиционный профиль страхователя и дает рекомендации относительно соответствующего ему договора и базовых активов.

ПОДТВЕРЖДЕНИЯ И ПОДПИСИ СТРАХОВАТЕЛЯ

Подписывая и представляя заявление о страховом интересе в Compensa Life Vienna Insurance Group SE (далее – **страховщик**), я подтверждаю следующее:

- Представленные данные являются полными и верными.
- Страховщик выяснил мой страховой интерес, оценил соответствие предлагаемых им продуктов моим потребностями и рекомендовал мне договор страхования, который наиболее соответствует моему страховому интересу.
- Все данные, указанные в заявлении, являются полными и верными. Я понимаю, что при предоставлении неточной или неполной информации предлагаемый договор страхования может не соответствовать моим интересам.
- Я получил «Информационный листок страхового агента».

ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СОГЛАСИЕ

- Я ознакомился с уведомлением о конфиденциальности Compensa Life Vienna Insurance Group SE (далее – **страховщик**), которое доступно в представительствах и на сайте www.compensalife.ee/privatsus. Я понимаю его содержание, в том числе, какие персональные данные обрабатывает страховщик, с какой целью и на каком правовом основании эти данные обрабатываются, а также каковы мои права, связанные с моими персональными данными.
- Даю свое согласие на то, что страховщик использует мое имя и контактные данные для того, чтобы передавать мне предложения своих продуктов и услуг, новости, а также информацию о кампаниях, потребительских играх и т.п. Предложения может отправлять страховщик, а также уполномоченные им для этой цели страховые агенты. Даю согласие получать информацию:
 по э-почте по телефону
* Если вы не согласны с использованием ваших персональных данных в целях прямого маркетинга, оставьте, пожалуйста, поля выбора незаполненными.
- Даю свое согласие на то, что страховщик использует мое имя и контактные данные для того, чтобы передавать мне информацию Compensa Vienna Insurance Group, ADB Eesti filiaal и других входящих в Vienna Insurance Group (www.vig.com) страховых обществ об их страховых продуктах и услугах, кампаниях, а также потребительских играх. Даю согласие получать информацию:
 по э-почте по телефону
* Если вы не согласны с использованием ваших персональных данных в целях прямого маркетинга, оставьте, пожалуйста, поля выбора незаполненными.
- Даю свое согласие на то, что страховщик сообщит мое имя и контактные данные Compensa Vienna Insurance Group, ADB Eesti filiaal и другим входящим в Vienna Insurance Group (www.vig.com) страховым обществам для того, чтобы они могли передавать мне информацию о своих страховых продуктах и услугах, кампаниях, а также о потребительских играх. Даю согласие получать информацию:
 по э-почте по телефону
* Если вы не согласны с использованием ваших персональных данных в целях прямого маркетинга, оставьте, пожалуйста, поля выбора незаполненными.
- Мне известно, что я имею право в любой момент отозвать свое согласие на прямой маркетинг, сообщив об этом страховщику по электронной почте info@compensalife.ee или в интернет-конторе страховщика. Подробную информацию о том, как используются мои данные и как отозвать свое согласие, можно найти в уведомлении страховщика о приватности по адресу www.compensalife.ee/privatsus.

Имя, фамилия и подпись страхователя	Время и место подписания
-------------------------------------	--------------------------

ЗАПОЛНЯЕТ ПРИНЯВШИЙ ЗАЯВЛЕНИЕ

Имя, фамилия и подпись принявшего заявление	Дата принятия заявления
---	-------------------------