

KINDLUSTATUD ISIKU LISAMINE. KINDLUSTUSKAITSETE LISAMINE JA SUURENDAMINE

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi / Juriidilise isiku nimi	Isikukood / Registrikood	Poliisi number
Postiaadress / Registreeritud aadress (tänav, maja- ja korterinumbr (tal, küla ja vald), postinideks, linn / maakond, riik)		
E-posti aadress	Kontakttelefon	
<input type="checkbox"/> soovin loobuda paberkirjadest		

Polisi ja kontaktandmete väljad täita lepingu muutmisel

KINDLUSTATUD ISIK

Ees- ja perekonnanimi	Isikukood	
Postiaadress (tänav, maja- ja korterinumbr (tal, küla ja vald), postinideks, linn / maakond, riik)		
E-posti aadress	Kontakttelefon	Kas töökohustuste täitmine on seotud füüsilise tegevusega? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah
Töoandja nimi ja tegevusala (ei ole vaja täita, kui Teid kindlustab tööandja)	Amet, töökohustused ja tegevuspiirkond	

KINDLUSTUSKAITSED

Surmajuhtumi kindlustussumma	Kindlustusperioodi algus	Kindlustusperioodi lõpp*	
	_____ 20 _____	_____ 20 _____	
Õnnetusjuhtumi surma kindlustussumma	Õnnetusjuhtumi püsiva puude kindlustussumma	Õnnetusjuhtumi ajutise töövõimetuse päevaraha	Õnnetusjuhtumi valuraha (trauma) kindlustussumma
Kriitiliste haiguste lisakindlustus <input type="checkbox"/> põhinimekirja <input type="checkbox"/> laiendatud nimekirja	Kriitiliste haiguste kindlustussumma**	Puuduva töövõime kindlustussumma	Puuduva töövõime: kindlustusmaksete tasumisest vabastamine <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah

* Õnnetusjuhtumikindlustuse püsiva puude, valuraha ja ajutise töövõimetuse kindlustusperiood on üks aasta. Kindlustuskaitse pikeneb automaatselt järgnevas aastaseks kindlustusperioodiks, kui kindlustusandja ei ole kindlustusvõtjale teatanud kaitse muutmise või lõpetamisest, kuid mitte kauemaks kui surmakaitse kindlustusperiood.

Lisakindlustused kehtivad põhikindlustuse kindlustusaasta lõpuni. Kui kindlustusandja ei ole kindlustusvõtjale teatanud kindlustuskaitse lõpetamisest, pikeneb kaitse automaatselt järgnevas aastaseks kindlustusperioodiks, kuid mitte kauemaks kui lisakindlustuse tähtaeg.

** Täita lisaks „Kindlustatud isiku täiendav terviseankeet“

SOODUSTATUD ISIKUD

Soodustatud isik kindlustatud isiku surma korral, ees- ja perekonnanimi / Ärinimi; jaotus %	Isikukood / Registrikood	Kontakttelefon või e-posti aadress
.....
Soodustatud isik püsiva puude korral, ees- ja perekonnanimi / Ärinimi	Isikukood / Registrikood	Kontakttelefon või e-posti aadress
.....
Soodustatud isik valuraha / ajutise töövõimetuse korral, ees- ja perekonnanimi / Ärinimi	Isikukood / Registrikood	Kontakttelefon või e-posti aadress
.....

KINDLUSTATUD ISIKU HARRASTUSED

Harrastuste tasemed:

- (H) **Harrastussport** – mittevõistluslik liikumisharrastus, mille eesmärk on tervise hoidmine ja tugevdamine (sh rahvasport nagu tervisejooks, rahvamaraton)
 (V) **Võistlussport** – sportlik tegevus, mille eesmärk on edu saavutamine avalikus sportlikus konkurentsis (v.a rahvasport nagu tervisejooks, rahvamaraton)
 (P) **Professionaalne sport** – sportlik tegevus, millega teenitakse elatist ja mille puhul on inimese põhitegevus sporditegevus

Vajadusel küsime Teilt täiendavaid küsimusi või palume täita vastava harrastuse kohta küsimustiku.

Kas Te tegelete regulaarselt mõne harrastusega? EI JAH Kui **Jah**, palun täpsustage millega ja millisel tasemel:

	H	V	P
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kas Te tegelete paaril korral aastas mõne harrastusega (nt mäesuusatamine ja lumelauasõit; sukeldumine; mootorrattaga sõitmine; pallimängud; elektritõukerattaga sõitmine; jalgrattasõit; ratsutamine; ATV-sõit jne)?

EI JAH

Kui **Jah**, palun täpsustage: _____

LISAINFORMATSIOON TERVISE KOHTA

Kindlustatud isiku: pikkus _____ cm; kehakaal _____ kg

Kas kindlustatud isikul on :	EI JAH	Palume täpsustada. Kas ja millised on kaasnenum haigused, tüsistused?
<ul style="list-style-type: none">kaasasündinud tervise või arenguhäireid?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none">krooniline haigus või mõni muu tervisehäire,määratud püsiv puue või vähenenud töövõime (kui Jah, palume esitada töövõime hindamise otsus)ja/või vajab hooldust või järelevalvet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none">olnud mõni õnnetus, vigastus või mürgistus, mis on vajanud haiglaravi või mille ravi on kestnud neli nädalat või kauem?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none">allolevad harjumused:<ul style="list-style-type: none">suitsetamineuimastite/narkootikumide vms tarvitamine Kui Jah, palume täpsustada kui tihti, mida ja millal viimati?alkoholi rohkem kui 0,5l kanget alkoholi või 1,5l veini või 3,5l õlut nädalas?määratud ravi alkoholi või narkootikumide tarvitamise tõttu? Kui Jah, palume täpsustada, millal ravi alustatud, selle kestvus ja kas on paranetud?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Muu informatsioon: _____

KLIENDI KINNITUSED JA ALLKIRJAD

Avalduse allkirjutamise ja esitamisega Compensa Life Vienna Insurance Group SE-le (edaspidi **kindlustusandja**) kinnitan alljärgnevat:

- Kõik avalduses esitatud andmed on täielikud ja õiged.
- Kindlustusleping ja käesolev avaldus vastavad kindlustusvõtja kindlustushuvile ja nõudmistele.
- Olen teadlik, et avaldus kehtib 90 päeva alates avalduse allkirjastamisest.
- Lapse seadusliku esindajana olen nõus lapse kindlustamisega avalduses ja kindlustusandja tüüptingimustes toodud tingimustel.
- Olen teadlik, et kui esitan kindlustusandjale ebaõigeid või puudulikke andmeid, võib kindlustusandja kindlustuslepingu sõlmimisest keelduda, kindlustuskaitset lõpetada või lepingust taganeda, samuti kindlustushüvitist vähendada või selle maksimisest keelduda.
- Olen kohustatud viivitamata teavitama kindlustusandjat muutustest avalduses ja selle lisades esitatud andmetes. Olen teadlik, et muutused avaldusel ja selle lisades esitatud andmetes võivad muuta kindlustusriski, riskitasusid või kindlustusmakset.

Täiendavad kinnitused kindlustuslepingu muutmisel:

- Olen teadlik ja nõustun, et alates kindlustusandja poolt muudatuse aktsepteerimisest kehtivad kindlustuslepingu suhtes kindlustusandja tüüptingimused alljärgnevalt:
 - õnnetusjuhtumikindlustuse lepingus kindlustussumma suurendamisel, kindlustuskaitse või kindlustatud isiku lisamisel kohaldatakse kindlustuslepingule avalduse esitamise ajal kehtivaid õnnetusjuhtumikindlustuse tingimusi;
 - riski- või laenukindlustuse lepingus surmajuhumi kindlustussumma suurendamisel kohaldatakse kindlustuslepingule (v.a. lisakindlustuste kaitsetele) avalduse esitamise ajal kehtivaid riski- ja laenukindlustuse tingimusi;
 - kogumis- või pensionikindlustuse lepingus surmajuhumi kindlustussumma suurendamisel kohaldatakse kindlustuslepingule senikehtinud tingimusi;
 - lisakindlustuse kaitse suurendamisel või lisamisel kohaldatakse muudetud kaitsele avalduse esitamise ajal kehtivaid lisakindlustuse tingimusi.
- Olen tutvunud muudetud kindlustuslepingule ja lisakindlustuste kaitsetele kohalduvate tingimustega ning kindlustusandja on need mulle esitanud minu soovitud viisil.
- Olen teadlik ja nõustun, et kindlustusandja ei anna kaitset ühegi kindlustusjuhtumi vastu ega ole kohustatud maksma kindlustushüvitist ega tegema mis tahes muid kindlustuslepingust tulenevaid väljamakseid ega täitma muid lepingujärgseid kohustusi, kui selle tulemusena satuks kindlustusandja vastuolusse rahvusvahelise sanktsiooniga. Olen nõus, et kindlustusandja ei vastuta mis tahes eeltoodust tulenevate nõuete ega kahjude eest. Rahvusvaheline sanktsioon on majandus- või finants-sanktsioon, embargo või muu sarnane sanktsioon, keeld või piirav meede, mis on kehtestatud vastavalt ÜRO resolutsioonidele või Euroopa Liidu või Eesti Vabariigi või Ameerika Ühendriikide õigusaktidele (sealhulgas USA rahandusministeeriumi välismaiste varade kontrolli ameti – Office of Foreign Assets Control – hallatavad või jõustatud sanktsioonid). Nõustun, et käesolevas punktis toodud tingimused on minu kindlustulepingu lahutamatuks osaks.

ISIKUANDMETE TÖÖTLEMINE JA NÕUSOLEKUD

- Olen tutvunud Compensa Life Vienna Insurance Group SE (edaspidi **kindlustusandja**) privaatsusteatega, mis on kättesaadav kontorites ja aadressil www.compensalife.ee/privatsus. Mõistan selle sisu, sealhulgas seda, milliseid isikuandmeid kindlustusandja töötleb, mis eesmärgil ning millisel õiguslikul alusel neid andmeid töödeldakse ning millised on minu isikuandmetega seotud õigused.
- Olen teavitatud avaldusel märgitud soodustatud isikuid nende isikuandmete edastamisest kindlustusandjale ning tutvustan neile kindlustusandja privaatsusteadet.
- Kindlustatud isikuna** saan aru, et kindlustuslepingu sõlmimiseks/muutmiseks peab kindlustusandja läbi viima kindlustusriski hindamise, mis põhineb ka minu terviseandmete, mis on erilisel isikuandmete, töötlemisel. Nõustun, et kindlustusandja töötleb kindlustuslepingu sõlmimiseks/muutmiseks (eeskätt kindlustusriski hindamiseks) ja haldamiseks minu terviseandmeid, mille edastan kindlustusandjale käesoleval avaldusel või muudes dokumentides (näiteks küsimustikud, lisadokumendid) kindlustuslepingu sõlmimisel või selle täitmise käigus. Mõistan, et mul on igal ajal õigus oma nõusolek tagasi võtta, nagu seda on privaatsusteates kirjeldatud.
 nõustun
- Olen nõus, et **kindlustusandja kasutab minu nime ja kontaktandmeid selleks, et edastada mulle oma toodete ja teenuste pakkumisi, uudiseid ning teavet kampaaniate, tarbijamängude jms kohta**. Pakkumisi võivad saata kindlustusandja ning tema poolt selleks volitatud kindlustusagendid. Olen nõus saama informatsiooni:
Kindlustusvõtja: e-kirja teel telefonitsi **Kindlustatud isik:** e-kirja teel telefonitsi
* Juhul kui te ei nõustu oma isikuandmete kasutamisega otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
- Olen nõus, et **kindlustusandja kasutab minu nime ja kontaktandmeid selleks, et edastada mulle Compensa Vienna Insurance Group, ADB Eesti filiaali ja teiste Vienna Insurance Group'i (www.vig.com) kuuluvate kindlustusseltside teavet nende kindlustustoodete ja -teenuste, kampaaniate ning tarbijamängude kohta**. Olen nõus saama informatsiooni:
Kindlustusvõtja: e-kirja teel telefonitsi **Kindlustatud isik:** e-kirja teel telefonitsi
* Juhul kui te ei nõustu oma isikuandmete kasutamisega otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
- Olen nõus, et **kindlustusandja avaldab minu nime ja kontaktandmed Compensa Vienna Insurance Group, ADB Eesti filiaalile ja teistele Vienna Insurance Group'i (www.vig.com) kuuluvatele kindlustusseltsidele selleks, et nad saaksid edastada mulle teavet enda kindlustustoodete ja -teenuste, kampaaniate ning tarbijamängude kohta**. Olen nõus saama informatsiooni:
Kindlustusvõtja: e-kirja teel telefonitsi **Kindlustatud isik:** e-kirja teel telefonitsi
* Juhul kui te ei nõustu oma isikuandmete kasutamisega otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
- Olen teadlik, et mul on õigus oma nõusolek otseturustuseks igal ajal tagasi võtta, teatades sellest kindlustusandjale e-kirja teel info@compensalife.ee või kindlustusandja veebikontoris. Täpsem info selle kohta, kuidas minu andmeid kasutatakse ning kuidas võtta nõusolek tagasi, on leitav kindlustusandja privaatsusteates aadressil www.compensalife.ee/privatsus.

Kindlustusvõtja allkiri või esindaja nimi ja allkiri

Kindlustatud isiku või seadusliku esindaja nimi ja allkiri (kui erineb kindlustusvõtjast)

KINDLUSTUSANDJA ALLKIRJAD

Avalduse vastuvõtja nimi ja allkiri

Avalduse vastuvõtmise kuupäev