

KINDLUSTATUD ISIKU LISAMINE. KINDLUSTUSKAITSETE LISAMINE JA SUURENDAMINE

KINDLUSTUSVÕTJA (FÜSILINE ISIK)

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

Poliisi ja kontaktandmete väljad täita lepingu muutmisel

KINDLUSTATUD ISIK

Ees- ja perekonnanimi	Isikukood	
Postiaadress (tänav, maja- ja korterinumbr (tal, küla ja vald), postindeks, linn / maakond)		
E-posti aadress	Kontakttelefon	Kas töökohustuste täitmine on seotud füüsilise tegevusega? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah
Tööandja nimi ja tegevusala	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 püsiva puude kindlustussumma	Õnnetusjuhtumi püsiva puude kindlustussumma	Õnnetusjuhtumi vabastamine <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah
Kriitiliste haiguste kindlustussumma (Täita lisaks Kindlustatud isiku täiendav terviseankeet)	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 muutmisest 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.

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 HOBID

Kas kindlustatud isik tegeleb mõne spordiala, hobi või muu harrastusega? EI JAH

Kui jah, siis millega? _____

Millisel tasemel:

- harrastussport – mittevõistluslik liikumisharrastus, mille eesmärk on tervise hoidmine ja tugevdamine (sh rahvasport nagu rahvajooks, rahvamaraton)
- võistlussport – sportlik tegevus, mille eesmärk on edu saavutamine avalikus sportlikus konkurentsis (va rahvasport nagu rahvajooks, rahvamaraton)
- professionaalne sport – sportlik tegevus, millega teenitakse elatist ja mille puhul on inimese põhitegevus sporditegevus

Kas kindlustatud isik tegeleb regulaarselt või paaril korral aastas mõne riskantse hobiga (jaatava vastuse korral märkige lahtrisse rist):

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> lennundus | <input type="checkbox"/> langevarjuhüpped | <input type="checkbox"/> benji hüpped | <input type="checkbox"/> motosport | <input type="checkbox"/> veemotosport | <input type="checkbox"/> veesusatamine |
| <input type="checkbox"/> sukeldumine | <input type="checkbox"/> alpinism | <input type="checkbox"/> mäesuusatamine | <input type="checkbox"/> lumelauasõit | <input type="checkbox"/> trikispord | <input type="checkbox"/> muu kõrge riskitasemega tegevus |

Muu kõrge riskitasemega tegevuse korral märkige hobi nimetus: _____

LISAINFORMATSIOON TERVISE KOHTA

Kindlustatud isiku: pikkus _____ cm

kehakaal _____ kg

Kas kindlustatud isikul on:

EI JAH

EI JAH

kaasasündinud tervise- või arenguhäireid/probleeme?

määratud püsiv haigus, püsiv puue või töövõimetus

ja vajab hooldust või järelevalvet?

olnud mõni õnnetus, vigastus või mürgistus, mis on vajanud haiglaravi või mille ravi on kestnud kauem kui neli nädalat?

täiskasvanu puhul: määratud ravi alkoholi või narkootikumide tarvitamise tõttu?

Kui vastasite mõnele küsimusele jaatavalt, palun täpsustage (vajadusel kasutage lisalehte, vajadusel palume esitada määramise otsus): _____

Kas ja millised on kaasnenum haigused, tüsistused? _____

Muu informatsioon, mis kuulub avalduse juurde: _____

KINNITUSED JA ALLKIRJAD

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

- Kindlustusleping ja käesolev avaldus vastavad minu kindlustushuvile, vajadustele ja nõudmistele.
- Kõik avalduses esitatud andmed on õiged.
- Olen teadlik, et avaldus kehtib 90 päeva alates avalduse allkirjastamisest.
- Olen nõus lapse kindlustamisega avalduses ja kindlustusandja tüüpitingimustes toodud tingimustel.
- Olen tutvunud ja kätte saanud avalduse esitamise ajal kehtivad kindlustusotote tingimused ja muud kindlustuslepingu dokumendid, mida kohaldatakse minu ja kindlustusandja vahelistele suhetele ning kindlustuslepingule ja/või kindlustuskaitsetele.
- Olen teadlik, et ebaõigete või puudulike andmete esitamisega võib kindlustusandja kindlustuslepingu sõlmimisest keelduda, kindlustuskaitset lõpetada või lepingust taganeda, samuti kindlustushüvitist vähendada või selle maksimisest keelduda.
- Olen kohustatud viivitamata teavitama kindlustusandjat muutustest kindlustusavalduses ja selle lisades esitatud andmetes. Olen teadlik, et muutused kindlustusavaldusel ja selle lisades esitatud andmetes võivad muuta kindlustusriskivõi kindlustusmakset.
- 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 vastuollu mistahes 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 kindlustusandja privaatsusteatega, mis on kättesaadav kontorites ja aadressil www.compensalife.ee/privaaus. 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 kindlustusavaldusel märgitud soodustatud isikuid nende isikuandmete edastamisest kindlustusandjale ning tutvustan neile kindlustusandja privaatsusteadet.
- Kindlustatud isikuna** saan aru, et kindlustuslepingu sõlmimiseks/muutmiseks peab kindlustusandja läbi viima kindlustusrisi hindamise, mis põhineb ka minu terviseandmetel, mis on eriliigilised isikuandmed, töötlemisel. Nõustun, et kindlustusandja töötleb kindlustuslepingu sõlmimiseks/muutmiseks (eeskätt kindlustusrisi 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 pakumisi, uudiseid ning teavet kampaaniate, tarbijamängude jms kohta. Pakumisi 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 teiste Vienna Insurance Group'i (www.vig.com) kuuluvate kindlustusseltside teavet nende kindlustusotodete- 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. Täpsem info selle kohta, kuidas minu andmeid kasutatakse ning kuidas võtta nõusolek tagasi, on leitav kindlustusandja privaatsusteates aadressil www.compensalife.ee/privaaus.

Kindlustusvõtja nimi ja allkiri	Kindlustatud isiku või seadusliku esindaja nimi ja allkiri (kui erineb kindlustusvõtjast)
Allakirjutamise aeg ja koht	Kindlustusandja esindaja või kindlustusvahendaja nimi ja allkiri

KINDLUSTUSANDJA MÄRKUSED

<input type="checkbox"/> Normaalrisk	<input type="checkbox"/> Edasilükkamine	Kuupäev ja allkiri
<input type="checkbox"/> Riskisuurendus	<input type="checkbox"/> Keeldumine	