

KINDLUSTUSAVALDUSE LISA. TERVISEANKEET

KINDLUSTATUD ISIK

Ees- ja perekonnanimi	Isikukood	Pikkus: _____ cm	Kehakaal: _____ kg
-----------------------	-----------	---------------------	-----------------------

KINDLUSTATUD ISIKU TERVISEANKEET

Täpsustuste asemel võite edastada meile viimase epikriisi koos uuringute vastustega, mille leiate patsiendiportaalist www.digilugu.ee → „Ambulatoorsed epikriisid“ ja „Saatekirjade vastused“.

Kas Teile on määratud osaline või puuduv töövõime? EI JAH Kui vastasite **Jah**, palun esitage töövõime hindamise otsus.

1. Kas Teil on praegu diagnoositud mõni järgmistest haigustest:

	EI JAH		EI JAH
Pahaloomuline ja/või healoomuline kasvaja (sh varem diagnoositud)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *	Neerude või kuseteede haigused	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *
Ainevahetus- või vereloome haigused	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reumaatilised, luulihaskonna- ja sidekoe haigused	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Närvisüsteemi haigused, psüühika- või käitumishäired	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *	Silma- või kõrvahaigused	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Südame- ja veresoonekonna haigused (kõrgvererõhutõbi jm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *	AIDS, HIV-nakkus, hepatiit, puukborrelioos või	
Hingamiseldkonna haigused	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *	puukentsefaliit, muud nakkushaigused	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seedeeldkonna haigused	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muu (puue, häire, vigastus, kahjustus vm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* Palun täitke täiendav küsimustik vastava haiguse kohta või esitage epikriis.

Kui Te ei täitnud küsimustikku ega esitanud epikriisi, kuid vastasite **JAH, palun täpsustage** (haiguse nimetus, millal diagnoositi, millal opereeritud, kas on/ei ole määratud ravi, kas esinevad kaebused, kas olete tervenened):

- | | EI JAH | Palun täpsustage |
|--|---|--|
| 2. Kas Teil on/oli diagnoositud COVID-19? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Millal? Kas vajasite hospitaliseerimist? _____ |
| 3. Kas Te olete COVID-19 vastu vaktsineeritud? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Millal? _____ |
| 4. Kas tarvitate regulaarselt ravimeid? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Milliseid? Mis põhjusel? _____ |
| 5. Kas olete operatsiooni või mõne uuringu ootejärjekorras? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Mis põhjusel ja mis protseduur? _____ |
| 6. Kas Teil on mõõdetud vererõhku viimase aasta jooksul? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Tulemus _____ / _____ mmHg |
| 7. Kas Teil on mõõdetud kolesterooli viimase aasta jooksul? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Tulemus _____ mmol/l |
| 8. Kas Te suitsetate? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Mitu tükki päevas? _____ |
| 9. Kas Te tarbite nädalas rohkem kui 0,5l kanget alkoholi või 1,5l veini või 3,5l õlut? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 10. Kas Teil esineb/on esinenud alkoholisõltuvust? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Millal viimati? Kas olete paranenud? _____ |
| 11. Kas Te tarvitate või olete tarvitanud narkootikume? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Kui tihti, mida ja millal viimati? _____ |
| 12. Kas Teile on määratud ravi alkoholi või narkootikumide tarvitamise tõttu? Kui Jah , palun täpsustage, millal ravi alustatud, selle kestvus ja kas olete paranenud? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ |
| 13. Kas Teil on välja kujunenud tervisehäire, mis on tingitud alkoholi-, narkootiliste- või psühhotroopsete ainete tarvitamisest? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ |
| 14. Kas Teie lähisugulasel (emal, isal, õel, vennal) on diagnoositud infarkti, südamepuudulikkust, I või II tüüpi diabeeti, kasvaja või muid kroonilisi ja pärilikke haigusi enne 60. eluaastat? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Mis haigus, kellel, mis vanuses? _____ |
| 15. On Teile eelnevalt kindlustuslepingu sõlmimisest keeldutud? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Mis põhjusel? _____ |

Muu info Teie tervises seisundi kohta:

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: _____

MÄRKUSED

Muu informatsioon, mis kuulub avalduse juurde:

KLIENDI KINNITUSED JA ALLKIRJAD

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

- Kõik avalduses esitatud andmed on täielikud ja õiged.
- Olen teadlik, et kindlustuslepingu tingimuste, valuraha hüvitiste tabeli ja püsiva puude hüvitiste tabeli ning muu olulise teabega on võimalik tutvuda kindlustusandja kontorites, veebilehel ja veebikontoris.
- 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 maksmisest keelduda.
- Olen kohustatud viivitamata teavitama kindlustusandjat muutustest avalduses esitatud andmetes. Olen teadlik, et muutused kindlustusavaldusel ja selle lisades esitatud andmetes võivad muuta kindlustusriski, riskitasusid või kindlustusmakset.
- Kinnitan, et ei ole avalduse allakirjutamise hetkel alkoholi-, narkootiliste- või psühhotroopsete ainete mõju all.

ISIKUANDMETE TÖÖTLEMINE JA NÕUSOLEKUD

- Olen tutvunud kindlustusandja privaatsusteatega, mis on kättesaadav kontorites ja aadressil www.compensalife.ee/privaaatus. 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.
- Kindlustatud isikuna saan aru, et kindlustuslepingu sõlmimiseks/muutmiseks peab kindlustusandja läbi viima kindlustusriski hindamise, mis põhineb ka minu terviseandmete, mis on eriliigilised isikuandmed, töötlemisel. Nõustun, et kindlustusandja töötleb kindlustuslepingu sõlmimiseks/muutmiseks (eeskätt kindlustusriski hindamiseks) ja haldamiseks minu terviseandmeid, mille edastan kindlustusandjale käesoleval terviseankeedil või muudes minu esitatavates 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

Kindlustusvõtja ees- ja perekonnanimi ja allkiri	Allakirjutamise aeg ja koht
Kindlustatud isiku ees- ja perekonnanimi ja allkiri	Allakirjutamise aeg ja koht

KINDLUSTUSANDJA MÄRKUSED

Avalduse vastuvõtja nimi ja allkiri	Avalduse vastuvõtmise kuupäev
-------------------------------------	-------------------------------