

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		

Poliisi 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
Tööandja nimi ja tegevusala (ei ole vaja täita, kui Teid kindlustab tööandja)	Amet, töökohustused ja tegevuspiirkond	

KINDLUSTUSKAITSED

Surmajuhtumi kindlustussumma	Kindlustusperioodi algus	Kindlustusperioodi lõpp*
Õnnetusjuhtumi surma 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

* 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.

**Lisakindlustatud on kindlustuslepingus vaid kriitiliste haiguste lisakindlustuse laiendatud nimekirja valimisel. Valides kindlustuskaitse kriitiliste haiguste lisakindlustuse laiendatud nimekirja, kinnitan kindlustusavalduse allakirjutamise ja esitamise, et olen teadlik ja mõistan et juhul kui minul on lisakindlustatu(d) ja lepingu sõlmimisel lisakindlustatu(te)l on diagnoositud ja/või kahtlustatakse lisakindlustatu kriitiliste haiguste nimekirjas olevat haigust, siis sellest tulenevalt ei kehti lisakindlustuse kaitse lisakindlustatu(te)le ja ta/nad ei ole lepinguga kaetud.

SOODUSTATUD ISIKUD

Soodustatud isik kindlustatud isiku surma korral (ees- ja perekonnanimi või ärinimi)	Jaotus %	Isikukood / Registrikood	Kontakttelefon või e-posti aadress
Soodustatud isik püsiva puude korral, ajutise töövõimetuse ja/või valuraha korral (ees- ja perekonnanimi või ärinimi)		Isikukood / Registrikood	Kontakttelefon või e-posti aadress

LISAINFORMATSIOON KINDLUSTATUD ISIKU TERVISE KOHTA

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

Kindlustatud isiku: pikkus _____ cm; kehakaal _____ kg

Kinnitan, et allpool esitatud teave kindlustatud isiku kohta on õige ja täielik.	EI	JAH
• On tuvastatud ja/või määratud osaline või puuduv töövõime ja/või puue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> **
• Vajab hooldust ja/või järelevalvet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
• Esineb praegu või on esinenud kaasasündinud tervise- või arenguhäireid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
• On kahtlustatud, esinenud ja/või esineb kroonilist haigust või muud tervisehäiret (v.a külmetushaigused), nagu vähk, insult, infarkt, liigesepõletik (artriit), peeringlus, vaimse tervise häired, kõrge vererõhk, südamehaigused jms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
• On olnud vigastus/õnnetus/mürgistus, mis täna avaldab mõju tervisele st: <ul style="list-style-type: none">○ tänaseks ei ole nendele eelnenud olukord taastunud;○ sama piirkonna vigastus (nt vasak põlv) on olnud korduv;○ on esinenud sümptomeid viimase kahe aasta jooksul.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *

** Palun esitage töövõime hindamise järele otsustamiseks teavet, kas kindlustatud isikul on olnud diagnoositud haigus; millal diagnoositud; milline ravi (sh kirurgiline) ja analüüsid on/olid määratud (koos tulemustega); kas ja millised on kaasnenud tüsistused; kas olete paranenud või millised on tänased sümptomid?

* Palun täpsustage haiguse nimetus (võimalusel diagnoosi kood); millal diagnoositud; mis keha piirkond on/oli haigusega haaratud (nt vasak põlv); milline ravi (sh kirurgiline), ravi kestvus ja analüüsid on/olid määratud (koos tulemustega); kas tarvitate ravimeid (milliseid, mis koguses ja sagedusega); kas ja millised on kaasnenud tüsistused; kas olete paranenud või millised on tänased sümptomid?

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 mõne harrastusega (sh millega tegelete ainult kord aastas)?	<input type="checkbox"/> EI	<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				üks kord või paaril korral aastas		

nt mäesuusatamine; sukeldumine kuni 40m; mootorrattaga (v.a enduro, motokrossi, sport) sõitmine autoteedel; rannavõrkpall; elektritõukerattaga sõitmine; jalgrattasõit; ratsutamine; ATV-sõit jne?

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 surmajuhtumi kindlustussumma suurendamisel kohaldatakse kindlustuslepingule (v.a. lisakindlustuste kaitsetele) avalduse esitamise ajal kehtivaid riski- ja laenukindlustuse tingimusi;
 - kogumis- või pensionikindlustuse lepingus surmajuhtumi kindlustussumma suurendamisel kohaldatakse kindlustuslepingule senikehtinud tingimusi;
 - lisakindlustuste kaitse suurendamisel või lisamisel kohaldatakse muudetud kaitsele avalduse esitamise ajal kehtivaid lisakindlustuste tingimusi.
- Olen tutvunud muudetud kindlustuslepingule ja lisakindlustuste kaitsetele kohaldatavate 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 vastuolulise rahvusvahelise sanktsiooniga. Olen nõus, et kindlustusandja ei vastuta mis tahes eeltoodud 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 Suurbritannia või Ameerika Ühendriikide õigusaktidele (sealhulgas USA rahandusministeeriumi välismaiste varade kontrolli ameti – Office of Foreign Assets Control – hallatavad varade jüstustatud 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**) privaatsustega, mis on kättesaadav korpories 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 terviseandmetel, mis on eriliigilised isikuandmed, 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 privaatsusteatete 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**. Pakkumisi võivad saata kindlustusandja ning tema poolt selleks volitatud kindlustusagendid. Olen nõus saada 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 kindlustuseltside teavet nende kindlustustoodete ja -teenuste, kampaaniate ning tarbijamängude kohta**. Olen nõus saada 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 kindlustuseltsidele selleks, et nad saaksid edastada mulle teavet enda kindlustustoodete ja -teenuste, kampaaniate ning tarbijamängude kohta**. Olen nõus saada 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 privaatsusteatete 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
-------------------------------------	-------------------------------