

## ÕNNETUSJUHTUMIKINDLUSTUSE AVALDUS

## KINDLUSTUSVÕTJA (JURIIDILINE ISIK)

Juriidilise isiku nimi	Registrikood	
Registreeritud aadress (tänav, maja- ja korterinumbr (tal, küla ja vald), postiiindeks, linn / maakond, riik)	Soovin saada informatsiooni lepingu kohta <input type="checkbox"/> e-posti teel <input type="checkbox"/> paberkanalil postiaadressile	
E-posti aadress	Kontakttelefon	Keele-eelistus <input type="checkbox"/> eesti <input type="checkbox"/> vene <input type="checkbox"/> inglise
Peamised tegevusalad		

## KINDLUSTUSVÕTJA ESINDAJAD

Ees- ja perekonnanimi	Isikukood	Esindusõiguse alus <input type="checkbox"/> seadusjärgne <input type="checkbox"/> volitatud
Ees- ja perekonnanimi	Isikukood	Esindusõiguse alus <input type="checkbox"/> seadusjärgne <input type="checkbox"/> volitatud
Ees- ja perekonnanimi	Isikukood	Esindusõiguse alus <input type="checkbox"/> seadusjärgne <input type="checkbox"/> volitatud

## KINDLUSTUSHUVI JA KINDLUSTUSANDJA SOOVITUS

Rahaline toetus ettevõtte töötajate või teiste ettevõttega seotud isikute (kindlustatud isikud): <input type="checkbox"/> õnnetusjuhtumist põhjustatud surma korral <input type="checkbox"/> õnnetusjuhtumist põhjustatud ajutise töövõimetuse korral <input type="checkbox"/> õnnetusjuhtumist põhjustatud püsiva puude korral  <input type="checkbox"/> muu (täpsustage) .....	Soovitatud kindlustusleping (täidab kindlustusandja)
---	--

## KINDLUSTATUD ISIK

Ees- ja perekonnanimi	Isikukood	
Postiaadress (tänav, maja- ja korterinumbr (tal, küla ja vald), postiiindeks, 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	Amet, töökohustused ja tegevuspiirkond	

## KINDLUSTUSVÕTJA NÕUDMISED KINDLUSTUSLEPINGULE

Surmajuhtumi kindlustussumma	Kindlustusperioodi algus _____ . _____ 20 _____	Kindlustusperioodi pikkus* _____ aastat
Püsiva puude kindlustussumma	Valuraha (trauma) kindlustussumma	Ajutise töövõimetuse päevaraha
Maksmisagedus** <input type="checkbox"/> kuu <input type="checkbox"/> kvartal <input type="checkbox"/> poolaasta <input type="checkbox"/> aasta	Eelistatud maksepäev _____ . kuupäev	Soovin saada arveid <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah <input type="checkbox"/> jah, soovin e- arveid internetipanka, konto number: _____

\* Püsiva puude, valuraha ja ajutise töövõimetuse kindlustusperiood on üks aasta. Kindlustuskaitse pikeneb automaatselt järgneva aastaseks kindlustusperioodiks, kui kindlustusandja ei ole kindlustusvõtjale teatanud kaitse muutmise või lõpetamise, kuid mitte kauemaks kui surmakaitse kindlustusperiood.

\*\* Kindlustusandjal on õigus muuta maksesagedust kui kindlustusmaks jääb alla kehtivas hinnakirjas toodud miinimaalsele kindlustusmakslele.

## 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
.....	.....	.....

## 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), pearinglus, 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"><li>o tänaseks ei ole nendele eelnenud olukord taastunud;</li><li>o sama piirkonna vigastus (nt vasak põlv) on olnud korduv;</li><li>o on esinenud sümptomite viimase kahe aasta jooksul.</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *

\*\* Palun esitage töövõime hindamise ja/või puude tuvastamise otsus. Lisaks palun täpsustage mis 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)?  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"/>
	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 ALLKIRJAD

Kindlustusvõtja esindaja ees- ja perekonnanimi ja allkiri	Kindlustusvõtja esindaja ees- ja perekonnanimi ja allkiri
Kindlustusvõtja esindaja ees- ja perekonnanimi ja allkiri	Kindlustatud isiku ees- ja perekonnanimi ja allkiri

## KINDLUSTUSANDJA MÄRKUSED JA ALLKIRJAD

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

## KLIENDI KINNITUSED JA ALLKIRJAD

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

- Kõik kindlustusavalduses ja selle lisades esitatud andmed on täielikud ja õiged.
- Olen teadlik, et kindlustusavaldus kehtib 90 päeva alates avalduse allkirjastamisest.
- Kindlustusandja on selgitanud välja kindlustusvõtja kindlustushuvi ja nõudmised kindlustuslepingule ning soovitanud kindlustuslepingut, mis vastab kõige paremini kindlustusvõtja kindlustushuvile. Kindlustusavaldus vastab kindlustusvõtja kindlustushuvile ja nõudmistele kindlustuslepingule ning kindlustusandja soovitudele.
- Olen teadlik, et kindlustusandja teeb kindlustusavalduse alusel kindlustuspakkumuse, mis arvestab kindlustatud isiku kindlustusrisiki ja kindlustusvõtja nõudmisi kindlustuslepingule. Olen teadlik, et riskihindamise tulemusena võib kindlustusandja pakkumus avaldusel soovitud tingimustest erineda.
- Olen teadlik, et kindlustuspakkumusel näidatud esimese kindlustusmaks tasumisega nõustun kõigi vastavas pakkumuses toodud tingimustega ning kindlustusmaks täies ulatuses laekumisel kindlustusandjale loetakse kindlustusleping sõlmituks.
- Kindlustusandja on mulle tutvustanud õnnetusjuhtumikindlustuse tingimusi, hinnakirja, teabedokumenti, valuraha hüvitiste tabelit ja püsiva puude hüvitiste tabelit. Kindlustusandja on mulle andnud valida, millisel viisil soovin saada kindlustuspakkumust ja eespool nimetatud dokumente ning minu soovil:  
 on need mulle esitanud paberil  esitab need mulle e-kirja teel
- Olen teadlik, et punktis 6 nimetatud tüüpdokumentide ning muu kindlustusvõtja jaoks olulise teabega on võimalik tutvuda kindlustusandja kontorites, veebilehel ja veebikontoris.
- Olen kätte saanud „Kindlustusagendi teabelehe“.
- Olen teadlik, et kindlustusvõtjal on õigus kindlustuslepingust taganeda 14 päeva jooksul kindlustuslepingu sõlmimisest. Taganemiseks tuleb esitada kindlustusandja nõuetele vastav avaldus.
- Olen teadlik, et kui esitan kindlustusandjale ebaõiged või puudulikud andmeid, 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 kindlustusrisiki, riskitasusid või kindlustusmaksat.
- Olen teadlik, et kindlustusandja töötaja saab lisaks fikseeritud töötasule kindlustuslepingu sõlmimise eest tulemustasu, mis sisaldub kindlustusmakses.
- Olen teadlik, et kindlustusandja on kohustatud esitama informatsiooni eesti keeles, võimalusel võib kindlustusandja edastada mulle informatsiooni minu poolt eelistatud keeles.

## ISIKUANDMETE TÖÖTLEMINE JA NÕUSOLEKUD

- Olen tutvunud Compensa Life Vienna Insurance Group SE (edaspidi **kindlustusandja**) privaatsusteatega, mis on kättesaadav kontorites ja aadressil [www.compensalife.ee/privaaatus](http://www.compensalife.ee/privaaatus). Mõistan selle sisu, sealhulgas seda, 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 peab kindlustusandja läbi viima kindlustusrisiki hindamise, mis põhineb ka minu terviseandmete, mis on eriliigilised isikuandmed, töötlemisel. Nõustun, et kindlustusandja töötleb kindlustuslepingu sõlmimiseks (eeskätt kindlustusrisiki 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
- Kindlustatud isikuna 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:  
 e-kirja teel  telefonitsi  
\* Juhul kui te ei nõustu oma isikuandmete kasutamisega otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
- Kindlustatud isikuna 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](http://www.vig.com)) kuuluvate kindlustusseltside teavet nende kindlustustoodete ja -teenuste, kampaaniate ning tarbijamängude kohta**. Olen nõus saama informatsiooni:  
 e-kirja teel  telefonitsi  
\* Juhul kui te ei nõustu oma isikuandmete kasutamisega otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
- Kindlustatud isikuna 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](http://www.vig.com)) kuuluvatele kindlustusseltsidele** selleks, et nad saaksid edastada mulle teavet enda kindlustustoodete ja -teenuste, kampaaniate ning tarbijamängude kohta. Olen nõus saama informatsiooni:  
 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](mailto: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/privaaatus](http://www.compensalife.ee/privaaatus).

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

## TÄIDAB AVALDUSE VASTUVÕTJA

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