

KINDLUSTUSAVALDUSE LISA. TERVISEANKEET VORM I

KINDLUSTATUD ISIK

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

KINDLUSTATUD ISIKU TERVISEANKEET

Täpsustuste asemel võite edastada meile epikriisi(d) koos uuringute vastustega, mille leiате riiklikust tervise infosüsteemist www.terviseportaal.ee.
Vajadusel küsime Teilt täiendavaid küsimusi või palume täita vastava haiguse, harrastuse või ameti kohta küsimustiku.

PALUN MÄRKIGE VASTUS →	EI JAH	VASTATES „JAH“ PALUN TÄPSUSTAGE:
1. Kas olete vajanud või vajate ravi, järelravi mõne tervisehäire või tervisekontrolli (sh uuringud) normist kõrvalekalduva tulemuse tõttu, mis on seotud nt südamehaigusega, vähiga, insuldiga, kõrge vererõhuga, diabeediga, hepatiidiga, HIV-ga, vaimse tervise häirega, vereanalüüsi või radioloogilise uuringu normist kõrvalekalduva tulemusega vms?	<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> JAH	Mis tüüpi ravi ja/või järelravi? Mis põhjusel (diagnoosi nimetus)? Millal (kuu, aasta) ja kui kaua kestis ravi? Millised on kaasnunud tüsistused? Millised on tänased sümptomid?
2. Kas olete olnud haiglaravil (sh päevaravi) viimase 5 aasta jooksul? Kui see on olnud vigastuse või trauma tagajärjel ja: o see on esmakordne selle kehapiirkonna vigastus; o viimastest sümptomitest on möödunud vähemalt kaks aastat -> siis sellest ei pea teavitama vastates „EI“.	<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> JAH	Mis põhjusel? Millal (kuu, aasta) ja kui kaua? Kas ja millised on/olid kaasnunud tüsistused? Kas olete paranenud?
3. Kas kahtlustatava või olemasoleva haiguse tõttu (v.a gripp ja külmetushaigused) on plaanis minna tegema tervisekontrolli (sh uuringud) või saama ravi või on tehtud uuring, tulemus teadmata?	<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> JAH	Mis põhjusel? Mis uuring, tervisekontroll ja/või ravi? Millal (kuu, aasta)? Millised olid tulemused või tulemus on veel teadmata?
4. Kas tarvitate, olete tarvitanud või peate vastavalt vajadusele tarvitama haigus(t)e tõttu (v.a gripp ja külmetushaigused) retseptiravimeid kauem kui 2 nädalat viimase 5 aasta jooksul, lisaks Teie ülalpool antud andmetele?	<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> JAH	Mis põhjusel? Milliseid ravimeid? Ravimite manustamise kogus, sagedus ja kui kaua?
5. Kas Teile on määratud osaline või puuduv töövõime ja/või puue? Kui vastasite Jah , palun esitage töövõime hindamise ja/või puude tuvastamise otsus.	<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> JAH	Mis põhjusel (diagnoosi nimetus)? Millal (kuu, aasta) diagnoositud? Mis kehaosad on haaratud (nt parema käe sõrmed, vasak puus)? Milliseid ravimeid tarvitate (nimetus, kogus, sagedus)? Millised on tänased sümptomid?
6. Kas lisaks ülalpool nimetatule esineb Teil haigusi või tervisehäireid (sh kaasasündinud tervise- või arenguhäired; tervisehäire tingitud psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest; rasedusega seotud haigused vms)?	<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> JAH	Mis haigus? Millal diagnoositud? Milline ravi (sh kirurgiline) ja analüüsid on/olid määratud (koos tulemustega)? Kas ja millised on kaasnunud tüsistused? Kas olete paranenud või millised on tänased sümptomid?
7. Kas tarbite nädalas rohkem kui 0,5l kanget alkoholi või 1,5l veini või 3,5l õlut?	<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> JAH	Palun täpsustage kogus nädalas ja vereproovi GGT (maksa näitaja) tulemus.
8. Kas tegelete mõne harrastusega (sh millega tegelete ainult kord aastas)? Kui Jah , palume täpsustada harrastus(ed) ja tase tuginedes järgnevatele variantidele. <u>Harrastuste tasemed:</u> (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	<input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> JAH	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P _____ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P _____ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P _____ <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)? _____ _____

Muu info Teie tervise seisundi kohta:

MÄRKUSED

Muu informatsioon, mis kuulub avalduse juurde:

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.
- 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 allkirjutamise hetkel alkoholi-, narkootiliste- või psühhotroopsete ainete mõju all.

ISIKUANDMETE TÖÖTLEMINE JA NÕUSOLEKUD

- Olen tutvunud kindlustusandja privaatsusteatega, mis on kättesaadav kontorites ja aadressil <http://www.compensalife.ee/privaatsus>. 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. Juhul kui see on kindlustusriski hindamiseks vajalik, nõustun sellega, et kindlustusandja edastab minu terviseandmed ka edasikindlustusandjale. Mõistan, et mul on igal ajal õigus oma nõusolek tagasi võtta, nagu seda on privaatsusteates kirjeldatud.

nõustun

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

KINDLUSTUSANDJA MÄRKUSED

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