

KINDLUSTUSLEPINGU MUUTMISE AVALDUS

KINDLUSTUSVÕTJA

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

Soovin kindlustuslepingus teha järgmised muudatused:

- kindlustusmaks muutmine: uus kindlustusmaks eurot alates (kuu)
- maksmisageduse muutmine: maksmisagedus alates (kuu)
- maksepuhkus: alates (kuu), kestvus kuud
- pensionimaks muutmine: ühekordne eluaegne tähtajaline, aastat
- pensioni saamise sageduse muutmine: kuu kvartal
- garanteeritud perioodi lisamine või muutmine: ei jah, aastat
- kogumis- või kindlustusperioodi muutmine (elukindlustuse või lisakindlustuse pikendamisel lisada terviseankeet*)
- surmajuhtumi kindlustussumma vähendamine: uus kindlustussumma eurot alates (kuupäev)
- lisakindlustuste vähendamine või lõpetamine (märkida uus kindlustussumma, kuupäev)

Soovitav muudatuste täpne kirjeldus:

.....

.....

Kindlustusandja otsustab kindlustuslepingu muutmise hiljemalt 30 päeva jooksul pärast avalduse vastuvõtmist. Aktsepteeritud muudatused on nähtavad veebikontoris (www.compensalife.ee/veebikontor).

KINDLUSTUSVÕTJA KINNITUSED JA ALLKIRJAD

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

1. Esitatud andmed on täielikud ja õiged.
2. Kindlustusleping ja käesolev avaldus vastavad kindlustusvõtja kindlustushuile ja nõudmistele.
3. Olen tutvunud ja kätte saanud avalduse allakirjutamise ajal kehtiva kindlustustoote hinnakirja ning teadlik kohalduvatest teenustasudest.
4. Kindlustuslepingu alusel tasutavad kindlustusmaksed on legaalse päritoluga.

ISIKUANDMETE TÖÖTLEMINE, NÕUSOLEKUD

1. Olen tutvunud Compensa Life Vienna Insurance Group SE (edaspidi **kindlustusandja**) privaatsusteatega, mis on kättesaadav kontorites ja aadressil 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.
2. 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 kasutamise otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
3. 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 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 kasutamise otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
4. 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 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 kasutamise otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
5. 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 privaatsusteates aadressil www.compensalife.ee/privaatsus.

Kindlustusvõtja allkiri või esindaja nimi ja allkiri	Allakirjutamise aeg ja koht
--	-----------------------------

TÄIDAB AVALDUSE VASTUVÕTJA

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