

KINDLUSTUSJUHTUMI HÜVITISE TAOTLUS

AVALDUSE ESITAJA

Avalduse esitaja ees- ja perekonnanimi / Juriidilise isiku nimi	Isikukood / Registrikood	Polliisi number
Kindlustatud isiku ees- ja perekonnanimi	Isikukood	Kindlustusjuhtumi number (täidab kindlustusandja)

SOODUSTATUD ISIK

Soodustatud isiku ees- ja perekonnanimi / Juriidilise isiku nimi	Isikukood / Registrikood	Sünniaeg (kui ei ole Eesti isikukood)
Postiaadress (tänav, maja- ja korterinumber (talu, küla ja vald), postiindeks, linn / maakond, riik)		Sünnikoht (riik)
Kontakttelefon	E-posti aadress	
Arvelduskonto number / Panga nimi ja riik	☐ soovin loobuda paberkirjadest	
Arvelduskonto omaniku ees- ja perekonnanimi		

TEAVE JUHTUMI JA KINDLUSTATUD ISIKU RAVI KOHTA

Kindlustusjuhtum ☐ Õnnetusjuhtum ☐ Püsiv puue / Invaliidsus ☐ Surmajuhtum	Kindlustusjuhtumi toimumise kuupäev	Osalise või puuduva tööväime ja/või puude (invaliidsuse) määramise kuupäev
Juhtumi kirjeldus, milline kehaosa sai vigastada? Kas olete varem sama piirkonda vigastanud? ☐ Ei ☐ Jah, millal? Kindlustatud isik oli juhtumi toimumise hetkel ☐ kaine ☐ alkohoolses joobes ☐ toksiliste, narkootiliste või muude joobeseisundit tekitavate ainete mõju all Kas juhtumi osas on alustatud kriminaal- või väärteomenetlus? ☐ Ei ☐ Jah, lisage juhtumi otsus ja uurija kontaktandmed: Raviperioodi kestus (lapsel või täiskasvanul, kellel puudub töövõimetusleht) Täiskasvanu ajutise töövõimetuse kestus (esitada töövõimetusleht) _____. _____. 20 ____ - _____. _____. 20 ____ _____. _____. 20 ____ - _____. _____. 20 ____ Surmajuhtumi põhjus ☐ õnnetus ☐ mürgistus ☐ enesetapp ☐ haigestumine, palun täpsustage diagnoos:		

SOODUSTATUD ISIKU KINNITUSED JA ALLKIRJAD

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

- Kõik taotluses ja selle lisades esitatud andmed on täielikud ja õiged.
- Olen tutvunud kindlustuslepingule kohalduvate tüüpitingimuste ja muude kindlustuslepinguga seonduvate dokumentidega ning nõustun, et neid kohaldatakse minu ja kindlustusandja vahelistele suhetele ja kindlustuslepingule.
- Olen tutvunud 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.
- 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 kasutamiseks otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.

5. ☐ Olen nõus saada turunduspakkumisi VIG gruppi kuuluvatelt ettevõtetelt **Seesam** (Compensa Vienna Insurance Group ADB Eesti Filiaal) ja **BTA** (AAS BTA Baltic Insurance Company Eesti filiaal) ning luban edastada minu nime ja kontaktandmed nendele ettevõtetele turunduse eesmärgil, sh e-posti ja telefonikõne teel.
6. 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.

Soodustatud isiku allkiri või esindaja nimi ja allkiri	Allakirjutamise aeg ja koht
--	-----------------------------

KINDLUSTUSANDJA OTSUS JA ALLKIRJAD

Avalduse vastuvõtja-kontrollija nimi ja allkiri:

Avalduse vastuvõtmise kuupäev: