

## KINDLUSTUSHUVI AVALDUS

### KINDLUSTUSVÕTJA

Kindlustusvõtja ees- ja perekonnanimi		Isikukood (kui ei ole Eesti isikukood, märkige isikukood ja sünniaeg)
Postiaadress (tänav, maja- ja korterinumbr (tal, küla ja vald), postinindeks, linn / maakond, riik)		
Elukoha aadress (täidetakse, kui erineb postiaadressist)		
E-posti aadress	Kontakttelefon	
Töandja nimi ja tegevusala	Amet, töökohustused ja tegevuspiirkond	
Kas töökohustuste täitmine on seotud füüsilise tegevusega?	Soovin saada informatsiooni	Keele-eelistus
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> e-posti teel <input type="checkbox"/> paberkanjal postiaadressile	<input type="checkbox"/> eesti <input type="checkbox"/> vene <input type="checkbox"/> inglise

### KINDLUSTUSHUVI JA KINDLUSTUSANDJA SOOVITUS

Kindlustusvõtja kindlustushuvi:	
<input type="checkbox"/> soovin rahalist toetust lähedastele enda surma korral <input type="checkbox"/> soovin rahalist toetust raskesse haigusesse haigestumisel <input type="checkbox"/> soovin rahalist toetust õnnetuse tõttu tekkinud püsiva puude korral <input type="checkbox"/> soovin rahalist toetust õnnetuse tõttu tekkinud ajutise töövõimetuse või ravivajaduse korral <input type="checkbox"/> muu (täpsustage) _____ <input type="checkbox"/> välistan investeerimisriski võtmise	<input type="checkbox"/> soovin lastele säästa / koguda <input type="checkbox"/> soovin pensioniks säästa / koguda <input type="checkbox"/> soovin hakata saama pensioni väljamakseid <input type="checkbox"/> soovin kasutada Euroopa Liidu teenistuses omandatud pensioniõigusi
Soovitatud kindlustusleping (täidab kindlustusandja)*	Soovitatud lisakindlustus (täidab kindlustusandja)

\* Kogumistüüpi lepingu korral, välja arvatud juhul kui klient on välistanud investeerimisriski võtmise, selgitab kindlustusandja välja kindlustusvõtja investeerimisprofili ning annab soovitus sellele vastava lepingu ja alusvara kohta.

### KINDLUSTUSVÕTJA KINNITUSED JA ALLKIRJAD

Kindlustushuvi avalduse allkirjutamise ja esitamisega Compensa Life Vienna Insurance Group SE-le (edaspidi **kindlustusandja**) kinnitan alljärgnevat:

1. Esitatud andmed on täielikud ja õiged.
2. Kindlustusandja on selgitanud välja minu kindlustushuvi, hinnanud enda pakutavate toodete vastavust minu vajadustele ning soovitanud mulle kindlustuslepingut, mis vastab kõige paremini minu kindlustushuvile.
3. Kõik avalduses esitatud andmed on täielikud ja õiged. Saan aru, et ebatäpse või mittetäieliku teabe esitamisel ei pruugi pakutav kindlustusleping vastata minu huvidele.
4. Olen kätte saanud „Kindlustusagendi teabelehe“.

### ISIKUANDMETE TÖÖTLEMINE JA NÕUSOLEKUD

1. Olen tutvunud Compensa Life Vienna Insurance Group SE (edaspidi **kindlustusandja**) privaatsusteatega, mis on kättesaadav kontorites ja aadressil [www.compensalife.ee/privaatusus](http://www.compensalife.ee/privaatusus). 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 kasutamisega 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](http://www.vig.com)) kuuluvate kindlustusseltside teavet nende kindlustusloodete 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.
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](http://www.vig.com)) kuuluvatele kindlustusseltsidele** selleks, et **nad saaksid edastada mulle teavet enda kindlustusloodete 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.
5. 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/privaatusus](http://www.compensalife.ee/privaatusus).

Kindlustusvõtja nimi ja allkiri	Allkirjutamise aeg ja koht
---------------------------------	----------------------------

### TÄIDAB AVALDUSE VASTUVÕTJA

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