

PERELIIKME TERVISEKINDLUSTUSLEPINGUGA LIITUMISE AVALDUS**KINDLUSTUSVÕTJA**

Juriidilise isiku nimi	Registrikood
------------------------	--------------

KINDLUSTUSLEPING

Poliisi number

KINDLUSTATUD ISIK

Ees- ja perekonnanimi	Isikukood (kui ei ole Eesti isikukood, märkige isikukood ja sünniaeg)
-----------------------	---

KINDLUSTATUD ISIKU KINNITUSED JA ALLKIRJAD

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

- Käesolevaga nõustun olema kindlustatud isik kindlustusvõtja sõlmitud eelnimetatud tervisekindlustuslepingus.
- Olen kindlustatud isiku pereliige:
 Abikaasa Elukaaslane Kindlustatu alla 21-aastane laps
- Kindlustusvõtja on mulle tutvustanud kindlustuslepingu tingimusi ja et need on leitavad ka Compensa kodulehelt www.compensalife.ee.
- Olen teadlik kindlustusmakse suurusest ja nõustun selle tasuma ühe osamaksena kindlustusandja poolt väljastatud arvel toodud rekvisiitide alusel enne kindlustusperioodi algust. Olen teadlik ka sellest, et kui minuga seotud kindlustusriskid ei ole kindlustusandja jaoks aktsepteeritavad, siis on kindlustusandjal õigus minu lepingusse lisamisest keelduda.
- Kindlustusleping arvatakse sõlmituks ja kõik lepingu tingimused aktsepteerituks hetkel, kui kindlustusandjale laekub esimene kindlustusmakse.

ISIKUANDMETE TÖÖTLEMINE JA NÕUSOLEKUD

- Olen tutvunud Compensa Life Vienna Insurance Group SE (edaspidi **kindlustusandja**) privaatsusteatega, mis on kättesaadav kontorites ja aadressil www.compensalife.ee/privatsus. 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 isiku või seadusliku esindaja nimi ja allkiri	Allakirjutamise aeg ja koht
--	-----------------------------