

TERVISEKINDLUSTUSE SOOVIAVALDUS

KINDLUSTUSVÕTJA

Juriidilise isiku nimi	Registrikood
Registreeritud aadress (tänav, maja, linn/vald, maakond, indeks)	Kontakttelefon
Tegevuskoha aadress (täidetakse, kui erineb registreeritud aadressist; vähemalt KOV üksuse täpsusega)	E-posti aadress
Peamine tegevusala	Keele-eelistus ☐ eesti ☐ vene ☐ inglise

KINDLUSTUSVÕTJA NÕUDMISED KINDLUSTUSLEPINGULE

Kindlustusperioodi algus	Maksmissagedus ☐ kuu ☐ kvartal ☐ poolaasta ☐ aasta	Kindlustatud isikud Esitatud avaldusele lisatud nimekirjas
--------------------------	---	---

Kindlustuspakett	Kindlustatute arv (mehed)	Kindlustatute kesk. vanus (mehed)	Tegevuskoha aadress (KOV üksuse täpsusega)
Omavastutuse määr ¹ ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 50%	Kindlustatute arv (naised)	Kindlustatute kesk. vanus (naised)	Kindlustatute amet või töölaad
Kindlustatud pereliikmete arv*	Kindlustatute arv (naised) vanuses 20-45 aastat ²	Kindlustatud isikute arv ³	

KINDLUSTUSKAITSED	KINDLUSTUSSUMMA
Ambulatoorne ravi ¹	☐ 1 500 € ☐ 2 000 € ☐ 2 500 € ☐ 3 000 € ☐ 5 000 € ☐ _____ €
Statsionaarne ravi ¹	☐ 1 500 € ☐ 2 000 € ☐ 2 500 € ☐ 3 000 € ☐ 5 000 € ☐ _____ €
Taastusravi ¹	☐ 100 € ☐ 200 € ☐ 300 € ☐ 400 € ☐ 500 € ☐ _____ €
Profülaktilised uuringud ¹	☐ 100 € ☐ 200 € ☐ 300 € ☐ 400 € ☐ 500 € ☐ _____ €
Hambaravi ¹	☐ 100 € ☐ 200 € ☐ 300 € ☐ 400 € ☐ 500 € ☐ _____ €
Õnnetusjuhtumijärgne hambaravi ¹	☐ 100 € ☐ 200 € ☐ 300 € ☐ 400 € ☐ 500 € ☐ _____ €
Vaimse tervise teenused ¹	☐ 50 € ☐ 100 € ☐ 200 € ☐ 300 € ☐ 400 € ☐ _____ €
Optilised vahendid ¹	☐ 50 € ☐ 100 € ☐ 150 € ☐ 200 € ☐ 250 € ☐ _____ €
Vaktsineerimine	☐ 50 € ☐ 100 € ☐ 150 € ☐ 200 € ☐ 250 € ☐ _____ €
Retseptiravimid	☐ 50 € ☐ 100 € ☐ 150 € ☐ 200 € ☐ 250 € ☐ _____ €
Töötervishoiukontroll	☐ 50 € ☐ 100 € ☐ 150 € ☐ 200 € ☐ 250 € ☐ _____ €
Sünnitusabi ²	☐ 100 € ☐ 200 € ☐ 300 € ☐ 400 € ☐ 500 € ☐ _____ €
Repatrieerimine ³	☐ 500 € ☐ 1 000 € ☐ 2 000 € ☐ 3 000 € ☐ _____ €
Kriitilised haigused	☐ 1 500 € ☐ 2 000 € ☐ 2 500 € ☐ 3 000 € ☐ 5 000 € ☐ _____ €

1-3 Täita juhul kui valitakse vastav(ad) kindlustuskaitse(d)

* Täita juhul kui soovitakse kindlustada kindlustatute pereliikmeid

KINDLUSTUSVÕTJA NÕUDMISED KINDLUSTUSLEPINGULE

Kindlustusperioodi algus	Maksmissagedus ☐ kuu ☐ kvartal ☐ poolaasta ☐ aasta	Kindlustatud isikud Esitatud avaldusele lisatud nimekirjas
--------------------------	---	---

Kindlustuspakett	Kindlustatute arv (mehed)	Kindlustatute kesk. vanus (mehed)	Tegevuskoha aadress (KOV üksuse täpsusega)
Omavastutuse määr ¹ ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 50%	Kindlustatute arv (naised)	Kindlustatute kesk. vanus (naised)	Kindlustatute amet või töölaad
Kindlustatud pereliikmete arv*	Kindlustatute arv (naised) vanuses 20-45 aastat ²		Kindlustatud isikute arv ³

KINDLUSTUSKAITSED	KINDLUSTUSSUMMA					
Ambulatoorne ravi ¹	☐ 1 500 €	☐ 2 000 €	☐ 2 500 €	☐ 3 000 €	☐ 5 000 €	☐ _____ €
Statsionaarne ravi ¹	☐ 1 500 €	☐ 2 000 €	☐ 2 500 €	☐ 3 000 €	☐ 5 000 €	☐ _____ €
Taastusravi ¹	☐ 100 €	☐ 200 €	☐ 300 €	☐ 400 €	☐ 500 €	☐ _____ €
Profülaktilised uuringud ¹	☐ 100 €	☐ 200 €	☐ 300 €	☐ 400 €	☐ 500 €	☐ _____ €
Hambaravi ¹	☐ 100 €	☐ 200 €	☐ 300 €	☐ 400 €	☐ 500 €	☐ _____ €
Õnnetusjuhtumijärgne hambaravi ¹	☐ 100 €	☐ 200 €	☐ 300 €	☐ 400 €	☐ 500 €	☐ _____ €
Vaimse tervise teenused ¹	☐ 50 €	☐ 100 €	☐ 200 €	☐ 300 €	☐ 400 €	☐ _____ €
Optilised vahendid ¹	☐ 50 €	☐ 100 €	☐ 150 €	☐ 200 €	☐ 250 €	☐ _____ €
Optilised vahendid (laiendatud) ¹	☐ 50 €	☐ 100 €	☐ 150 €	☐ 200 €	☐ 250 €	☐ _____ €
Vaktsineerimine	☐ 50 €	☐ 100 €	☐ 150 €	☐ 200 €	☐ 250 €	☐ _____ €
Retseptiravimid	☐ 50 €	☐ 100 €	☐ 150 €	☐ 200 €	☐ 250 €	☐ _____ €
Töötervishoiukontroll	☐ 50 €	☐ 100 €	☐ 150 €	☐ 200 €	☐ 250 €	☐ _____ €
Sünnitusabi ²	☐ 100 €	☐ 200 €	☐ 300 €	☐ 400 €	☐ 500 €	☐ _____ €
Repatrieerimine ³	☐ 500 €	☐ 1 000 €	☐ 2 000 €	☐ 3 000 €	☐ _____ €	
Kriitilised haigused	☐ 1 500 €	☐ 2 000 €	☐ 2 500 €	☐ 3 000 €	☐ 5 000 €	☐ _____ €

1-3 Täita juhul kui valitakse vastav(ad) kindlustuskaitse(d)

* Täita juhul kui soovitakse kindlustada kindlustatute pereliikmeid

MÄRKUSED

Muu informatsioon, mis kuulub avalduse juurde:

.....

.....

.....

.....

KINDLUSTUSVÕTJA KINNITUSED JA ALLKIRJAD

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

1. Kõik kindlustusavalduses ja selle lisades esitatud andmed on täielikud ja õiged.
2. Olen teadlik, et kindlustusavaldus kehtib 30 päeva alates avalduse allkirjastamisest.
3. Kindlustusandja on selgitanud välja kindlustusvõtja kindlustushuvi ja nõudmised kindlustuslepingule ning soovitanud kindlustuslepingut, mis vastab kõige paremini kindlustusvõtja kindlustushuvile. Kindlustusavaldus vastab kindlustusvõtja kindlustushuvile ja nõudmistele kindlustuslepingule ning kindlustusandja soovitudele.
4. Olen teadlik, et kindlustusandja teeb kindlustusavalduse ja selle lisade alusel kindlustuspakkumuse, mis arvestab kindlustatud isiku(te) kindlustusriski ja kindlustusvõtja nõudmisi kindlustuslepingule. Olen teadlik, et riskihindamise tulemusena võib kindlustusandja pakkumus avaldusel ja selle lisades soovitud tingimustest erineda.
5. Olen teadlik, et kindlustuspakkumusel näidatud esimese kindlustusmakse tasumisega nõustun kõigi vastavas pakkumuses toodud tingimustega ning kindlustusmakse täies ulatuses laekumisel kindlustusandjale loetakse kindlustusleping sõlmituks.
6. Kindlustusandja on kindlustusvõtjale tutvustanud tervisekindlustuse tingimusi ja teabedokumenti ning teinud need kindlustusvõtjale kättesaadavaks veebilehe www.compensalife.ee vahendusel.
7. Olen teadlik, et punktis 6 nimetatud tüüpdokumentide ning muu kindlustusvõtja jaoks olulise teabega on võimalik tutvuda kindlustusandja kontorites ja veebilehel.
8. Olen kätte saanud „Kindlustusagendi teabelehe“.
9. Olen kohustatud viivitamata teavitama kindlustusandjat muutustest kindlustusavalduses ja selle lisades esitatud andmetes.
10. Olen teadlik, et kindlustusandja töötaja saab lisaks fikseeritud töötasule kindlustuslepingu sõlmimise eest tulemustasu, mis sisaldub kindlustusmakses.
11. Olen teadlik, et kindlustusandja on kohustatud esitama informatsiooni eesti keeles, võimalusel võib kindlustusandja edastada kindlustusvõtjale informatsiooni minu poolt eelistatud keeles.

ISIKUANDMETE TÖÖTLEMINE

1. Olen teadlik, et teenuse osutamiseks töötleb kindlustusandja lepinguga seotud isikute isikuandmeid. Kindlustusandja privaatsusteade on kättesaadav kindlustusandja kontorites ja aadressil www.compensalife.ee/privatsus. Täiendavate küsimuste korral saan pöörduda e-posti teel dpo@compensalife.ee või kindlustusandja kontorisse.

Kindlustusvõtja esindaja ees- ja perekonnanimi ja allkiri	Allakirjutamise aeg ja koht
Kindlustusvõtja esindaja ees- ja perekonnanimi ja allkiri	Allakirjutamise aeg ja koht