

## Ettevõtte tervisekindlustuse sooviavaldus

<b>KINDLUSTUSVÕTJA</b>	Äriühingu nimi	Äriregistri kood	
	Aadress (tänav, maja, linn/vald, maakond, indeks)		
	Telefon	E-post	
	Ettevõtte tegevusala		
<b>KONTAKTISIK</b>	Ees- ja perekonnanimi	Telefon	
	Amet	E-post	
<b>KINDLUSTATUD ISIKUD</b>	Kindlustatud isikute arv	Kindlustatud isikute keskmine vanus	Kindlustuskaitse kehtivuse piirkond:
	Ambulatoorne pere- ja eriarstiabiiteenus (põhikate)	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 1000€ <input type="checkbox"/> 2000€ <input type="checkbox"/> 3000€ <input type="checkbox"/> 4000€	
	Profülaktiline tervisekontroll ja ennetusravi	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 100€ <input type="checkbox"/> 150€ <input type="checkbox"/> 200€ <input type="checkbox"/> 300€	
	Töötervishoiu kontroll	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 50€ <input type="checkbox"/> 100€ <input type="checkbox"/> 150€ <input type="checkbox"/> 200€	
	Psühhiaatrilise ja psühholoogilise nõustamise teenus	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 100€ <input type="checkbox"/> 150€ <input type="checkbox"/> 200€ <input type="checkbox"/> 300€	
	Haiglaraviteenus	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 1000€ <input type="checkbox"/> 2000€ <input type="checkbox"/> 3000€ <input type="checkbox"/> 4000€	
	Taastusraviteenused	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 150€ <input type="checkbox"/> 200€ <input type="checkbox"/> 300€ <input type="checkbox"/> 400€	
	Hambaraviteenused	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 150€ <input type="checkbox"/> 200€ <input type="checkbox"/> 300€ <input type="checkbox"/> 400€	
	Prillide- ja kontaktläätsede kulu	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 50€ <input type="checkbox"/> 100€ <input type="checkbox"/> 150€ <input type="checkbox"/> 200€	
	Retseptiravimid	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 50€ <input type="checkbox"/> 100€ <input type="checkbox"/> 150€ <input type="checkbox"/> 200€	
	Vaktsineerimine	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 50€ <input type="checkbox"/> 100€ <input type="checkbox"/> 150€ <input type="checkbox"/> 250€	
	Sünnitusabiiteenus	Kindlustussumma <input type="checkbox"/> 200€ <input type="checkbox"/> 300€ <input type="checkbox"/> 400€ <input type="checkbox"/> 500€	

<b>KINDLUSTATUD ISIKUTE RÜHMAS TOIMUVAD MUUTUSED</b>	Kindlustusperioodi kestel kindlustatud töötajatega toimunud muudatustest on kindlustusvõtja kohustatud teavitama Seesamit kohe, uute töötajate kindlustuskate algab kirjalikult esitatud teate jõudmisest Seesamisse.	
<b>MÄRKUSED</b>		
<b>KINDLUSTUSVÕTJA ALLKIRI</b>	<p>Olen avaldanud pakkumuse koostamiseks tõesed andmed ja olen teadlik ebaõige teabe esitamise tagajärgedest. Olen kindlustuslepingu suhtes kehtivad tüüptingimused kätte saanud ning nendega tutvunud. Kohustun Seesamit viivitamatult teavitama muudatustest olulistes asjaoludes või isikuandmetes kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis.</p>	
<b>KINDLUSTUSANDJA</b>	Aeg ja koht	Kindlustusvõtja allkiri: /allkirjastatud digitaalselt/
	Compensa Vienna Insurance Group, ADB Eesti filiaal Maakri 19/1, B-hoone 10145, Tallinn, Äriregistri kood 12970620 Telefon 628 1800, e-post: seesam@seesam.ee	