

# Ettevõtte tegevuse vastutuskindlustuse sooviavaldus

Käesoleva sooviavalduse esitaja kohustub esitama kindlustusandjale tõest ja täielikku informatsiooni ning teavitama kindlustusandjat kõigist teadaolevatest asjaoludest, mis võivad mõjutada kindlustusandja otsust kindlustuslepingu sõlmimisel või kindlustuslepingu sõlmimist eritingimustel. Juhul, kui küsitud informatsioon ei mahu käesoleva avalduse ankeedile, palume esitada see eraldi lehel, kasutades võimaluse korral Teie ettevõtte ametlikku kirjablanketti.

## 1. KINDLUSTUSVÕTJA ANDMED

Ärinimi

Registrikood

E-posti aadress

Peakontori aadress

*Tänav, maja nr, korteri nr, sihtnumber, linn või vald, maakond*

Asutamise aasta

Aktsia- või osakapitali suurus

Õiguseellase nimi

Registrikood

Esindaja ees- ja perekonnanimi

Isikukood

Esindaja telefon

E-posti aadress

## 2. KINDLUSTAMINE

Kindlustatavad tegevusalad:

Soovitavad erikokkulepped:

Soovitud hüvitamise ülempiir:

30 000 €      60 000 €      100 000 €      200 000 €      300 000 €      Muu €

Soovitud hüvitamise ülempiir üksikjuhtumi kohta:

30 000 €      60 000 €      100 000 €      200 000 €      300 000 €      Muu €

Soovitud omavastutus:

300 €      500 €      1000 €      1500 €      2000 €      Muu €

Soovime, et kindlustusperiood on alates: *kuupäev (pp.kk.aaaa)*

kuni

Soovime, et tagasiulatav kindlustuskaitse on alates: *kuupäev (pp.kk.aaaa)*

Tagasiulatava kindlustuskaitse soovi korral palume kinnitada, kas tagasiulatava kindlustuskaitse perioodi jooksul on toimunud teadaolevalt kahjusid või on teada võimalikest kahjunõuetest:      **JAH**      **EI**

Soovime, et nõuetest teatamise laiendatud periood on kuni: *kuupäev (pp.kk.aaaa)*

Soovitud kehtivuspiirkond:

Eesti Vabariik

Euroopa Liit

Muu

Kas tegemist on seadusest tuleneva kohustusliku vastutuskindlustusega?

**JAH**

**EI**

Kas Teie ettevõttel on hetkel kehtiv tegevuse vastutuskindlustuse leping?

**JAH**

**EI**

Kui jah, siis esitage andmed kindlustusvõtja viimase 3 aasta jooksul sõlmitud vastutuskindlustuse lepingute kohta

| Kindlustusandja | Kindlustussumma | Omavastutus | Kindlustusmakse | Kindlustusperioodi lõpp |
|-----------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------------------|
|                 |                 |             |                 |                         |
|                 |                 |             |                 |                         |
|                 |                 |             |                 |                         |

### 3. RISIKIHINDAMINE

3.1 Töötajate arv kokku .....

3.2 Palgafondi suurus käesoleval finantsaastal ..... €; järgmise finantsaasta prognoos ..... €

3.3 Ettevõtte käibe suurus käesoleval finantsaastal ..... €; järgmise finantsaasta prognoos ..... €

3.4 Kas soovite kindlustada kolmandate isikute majandus- ja kutsetegevusega seotud riski?                    **JAH**        **EI**

*Palume märkida ärinimed:*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3.5 Kas kasutate alltöövõtjaid?                    **JAH**        **EI**

*Palume märkida ärinimed:*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Palume märkida alltöövõtjate kindlustatav tegevus:*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3.6 Palume kirjeldada võimalikke kahjujuhtumeid Teie ettevõtte tegevusest tulenevalt:

.....  
.....

3.7 Palume kirjeldada viimase 5 tegevusaasta jooksul esitatud kahjunõudeid, toimunud kahjujuhtumeid või kohtumenetlusi:

.....  
.....  
.....

3.8 Kas on teada ettevõtte tegevusega seotud kahjunõudeid või asjaolust, mis võib tingida nõude:                    **JAH**        **EI**

*Palume kirjeldada:*

.....  
.....  
.....

3.9 Kas mõni kindlustusandja on Teie ettevõttega seoses:

- |   |            |           |
|---|------------|-----------|
| • keeldunud pakkumast või pikendamast ettevõtte tegevuse vastutuskindlustust?       | <b>JAH</b> | <b>EI</b> |
| • pakkunud ettevõtte tegevuse vastutuskindlustust eritingimustel?                   | <b>JAH</b> | <b>EI</b> |
| • lõpetanud ennetähtaegselt kehtiva ettevõtte tegevuse vastutuskindlustuse lepingu? | <b>JAH</b> | <b>EI</b> |

Kui vastasite mõnele küsimusele jaatavalt, palume kirjeldada põhjuseid ning eritingimusi (vajadusel kasutage lisalehte):

.....

.....

.....

3.10 Kas Teie ettevõtte tegevuses, omandivormis, finantsolukorras või töökorralduses on ette näha olulist muudatust käesoleval või järgneval kindlustusperioodil?

**JAH**    **EI**

Kui vastasite jaatavalt, palume kirjeldada asjaolusid (vajadusel kasutage lisalehte):

.....

.....

.....

#### 4. TEADMISEKS KINDLUSTUSVÕTJALE

- Avalduse täitja on kohustatud esitama käesoleva avaldusega ning täiendavalt kõik andmed, mis võivad mõjutada kindlustusrisiki hindamist kindlustusandja poolt olenemata sellest, kas selline info on käesolevas avalduses nõutud või mitte.
- Kindlustusleping jõustub kokkulepitud ja poliisil märgitud kindlustusperioodi alguskuupäeval. Kindlustuskaitse algab ja lõpeb kokkulepitud ja poliisil märgitud kuupäeval.
- Esimese kindlustusmakse tasumisega hilinemise korral, samuti järgmiste kindlustusmaksetega hilinemise korral reguleerib Kindlustusandja poolset täitmise kohustusest vabanemist seadus (VÕS § 457 ja § 458).
- Kindlustusjuhtumi toimumisest ja kindlustusrisiki suurenemise ohust tuleb kindlustusandjale viivitamatult teada anda.
- Kindlustuslepingu ennetähtaegne lõpetamine toimub kindlustustingimustes ja/või seaduses ettenähtud alustel.
- Pädev kindlustusjärelvalve on Eesti Vabariigi Finantsinspeksioon (Sakala 4, 15030 Tallinn).
- Kindlustusvõtja kinnitused:
  - ✓ kõik avalduses esitatud andmed on tõesed ja täielikud;
  - ✓ ta on teadlik, et teatamiskohustuse rikkumise korral on kindlustusandjal õigus kindlustushüvitist vähendada või selle väljamaksmisest täielikult keelduda;
  - ✓ käesolevas avalduses toodud isikuandmeid on kindlustusandjal õigus töödelda lepingu täitmise eesmärgil;
  - ✓ ta on tutvunud üldiste lepingutingimustega ja ettevõtte tegevuse vastutuskindlustuse tingimustega;
  - ✓ kindlustusmakse tasumine loetakse kindlustusvõtja nõustumiseks kindlustuslepingu tingimustega ja sooviavalduseks kindlustuslepingu sõlmimiseks.

KINDLUSTUSVÕTJA ESINDAJA: .....

Kuupäev: ..... / ..... / .....

KINDLUSTUSANDJA

Seesam Insurance AS

Tel. 628 1800

Maakri 19/1, B-hoone, 10145 Tallinn

e-post: seesam@seesam.ee

Registrikood 10055752

www.seesam.ee