

Avaldaja

Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood: _____

Aadress: _____

Telefon: _____ E-post: _____

Kahjujuhtum toimus

Koht: _____ Kuupäev: _____ Kellaeg: _____

Informatsioon sõidukite kohta

Minu sõiduk

Mark, mudel: _____

Reg nr: _____

Omanik

Ees- ja perekonnanimi/nimetus: _____

Isikukood/Registrikood: _____

Juht

Ees- ja perekonnanimi: _____

Isikukood: _____

Telefon, e-post: _____

Aadress: _____

Teise osaleja sõiduk

Mark, mudel: _____

Reg nr: _____

Omanik

Ees- ja perekonnanimi/nimetus: _____

Isikukood/Registrikood: _____

Juht

Ees- ja perekonnanimi: _____

Isikukood: _____

Telefon, e-post: _____

Aadress: _____

Informatsioon juhtumi kohta

Juhtumist on teavitatud: _____ Kuupäev: _____ Kellaeg: _____

Liiklusõnnetuse kirjeldus: _____

Informatsioon kannatanu isiku kohta

Juht Kaassõitja Jalakäija Jalgrattur

Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood: _____

Aadress: _____

Telefon: _____ E-post: _____

Kannatanu asukoht liiklusõnnetuse hetkel: Süüdlase sõidukis Teises sõidukis Tee ääres Muus kohas: _____

Informatsioon kannatanu isikule tekitatud traumadest

Esmaabi osutatud (märkida raviausutus): _____

Ravi jätkub (märkida raviausutus): _____

Tekitatud kahju kirjeldus: _____

Tekitatud kahju liik:

- Kannatanu ravi Kannatanu ajutine töövõimetus Kannatanu töövõimetus
 Kannatanu surm Matuselukuld Toitja kaotus Muu: _____

Kas kannatanul on sõlmitud teisi tervise või õnnetusjuhtumi kindlustuslepinguid?

- Ei Jah (märkida kindlustuseltsi nimetus ja poliisi nr): _____

Tunnistajad

Tunnistajad (nimi ja kontaktandmed): _____

Lisatud dokumendid

- Avaldaja isikut tõendav dokument Kulutusi tõendavad dokumendid
 Väljavõte haigusloost Töövõimetusleht
 Fotod sündmuskohalt Kahjustatud vara nimekiri
 Politsei tõend Muu: _____

Hüvitise summa ja saaja

Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood: _____

Arveldusarve (IBAN): _____ Valuuta: _____

Lisainformatsioon

Avalduse allkirjastamisega:

Annab nõusoleku AAS „BTA Baltic Insurance Company“ Eesti filiaalile (reg. kood 11223507) (edaspidi BTA) antud kindlustusjuhtumiga seotud telefonikõnede, suuliste vestluste ning muu informatsiooni salvestamiseks audioseadmete abil. BTA-l on õigus salvestisi kasutada kindlustuslepingu täitmise kohustuse ja selle ulatuse kindlakstegemiseks. Salvestisi säilitatakse õigusaktidega sätestatud perioodil, pärast mida need hävitatakse.

Olen teadlik, et BTA-l on õigus töödelda isikuandmeid, sh terviseandmeid tervise seisundi ning puude kohta, mis on vajalikud kindlustuslepingu täitmise kohustuse ja selle ulatuse kindlaks tegemiseks ning tagasinõuete esitamiseks ning BTA-l on õigus saada kahjujuhtumiga seotud andmeid riigiasutustelt, kolmandatelt isikutelt ning meditsiinasutus(t)elt ja/või raviarsti(de)lt kindlustustegevuse seaduses sätestatud ulatuses ja korras.

Olen teadlik, et kindlustushüvitise väljamaksmine toimub peale kõikide BTA poolt nõutud dokumentide esitamist, mis kinnitavad kindlustusjuhtumi toimumist ning selle tagajärjel tekkinud kahju suurust.

Kinnitan, et minu poolt esitatud andmed on õiged ja täielikud. Olen teadlik, et vale või mittetäieliku informatsiooni esitamisel on BTA-l õigus hüvitatavat summat vähendada või hüvitise väljamaksmisest keelduda, samuti esitada avaldus kriminaalmenetluse alustamiseks Karistusseadustiku § 209 (kelmus) või § 212 (kindlustuskelmus) alusel ning välja nõuda kõik sellega seoses tekkinud kulud.

Avaldaja

Ees- ja perekonnanimi: _____

Kuupäev/Allkiri: _____