

Taotleja

Kindlustatu:

Nimi, perekonnanimi: _____

Isikukood: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Aadress, postiindeks: _____

Kindlustusvõtja:

Poliisi/kaardi nr: _____

Kindlustatu esindaja (kui hüvitist taotleb Kindlustatu nimel teine isik):

Nimi, perekonnanimi: _____

Isikukood: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Aadress, postiindeks: _____

Hüvitistaotlusele on lisatud järgmised dokumendid

Teenus (Kindlustusprogramm):	Kulu dokument:		Lisa dokumendid:	
	Kogus	Kokku	Tüüp	Kogus
(A) Ambulatoorne, statsionaarne ravi			Raviasutuse väljavõte	
			Arsti saateleht	
			Muu:	
(B) Ravimid			Retsept või selle koopia	
(C) Optika			Retsept või selle koopia	
(D) Hambaravi			Raviasutuse väljavõte	
(E4) Sport			Asutuse väljavõte	
(E) Statsionaarne taastusravi			Raviasutuse väljavõte	

Kui otsuse tegemiseks tuleb esitada lisadokumente, võtab BTA töötaja Teiega ühendust.

Hüvitise saaja

<input type="checkbox"/> Kindlustatu	Pank: _____
<input type="checkbox"/> Volitatud isik*	Arveldusarve: _____

* Kui hüvitise saajaks määratakse volitatud isik, tuleb esitada vastavasisuline volikirj.

Lisainfo

Kui koos avaldusega on esitatud kulutõendavate dokumentide originaalid, siis otsuse tegemisel, osaliselt tasutud või tasumata kuludokumente:

- mitte saata
 saata avalduses märgitud aadressile

Kui avaldusega on esitatud skaneeritud kuludokumentide koopiaid, siis otsuse tegemisel kohustan kindlustusperioodi jooksul säilitada avaldusele lisatud dokumentide originaalid ning esitada neid BTA esimesel nõudmisel.

Taotluse allkirjastamisega:

- Annan 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 minu isikuandmeid, sh delikaatseid isikuandmeid (minu tervise seisundi ning puude kohta), mis on vajalikud kindlustuslepingu täitmise kohustuse ja selle ulatuse kindlaks tegemiseks ning tagasinõuete esitamiseks, isikuandmete kaitse seaduses ja kindlustustegevuse seaduses sätestatud ulatuses ja korras.

- Kinnitan, et mina ei küsi kompensatsiooni BTA poolt tehtud hüvitiste eest teistest asutustest

- Kinnitan, et minu poolt esitatud andmed on õiged ja täielikud. Olen teadlik, et vale või mittetäieliku informatsiooni esitamisel on BTA-l õigus hüvitavat 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.

- Kinnitan, et olen aru saanud, et kindlustushüvitise väljamaksmine toimub peale kõikide BTA poolt nõutud dokumentide esitamist, mis kinnitavad kindlustusjuhtumi toimumist ning selle tagajärjel tekkinud kahju suurust.

- Nõustun, et BTA peab väljamaksmisele kuuluvast kindlustushüvitisest kinni kindlustusjuhtumi menetluse käigus esitatud originaaldokumentide tagastamise kulud tähtselt kirjaga, kui soovin nende tagastamist ja olen valinud vastava saatmise viisi.

- Kinnitan, et mul on selle kahju hüvitamise avalduse allkirjastamise õigus.

Taotleja

Nimi, perekonnanimi: _____

Allkiri: _____

Kuupäev: _____