

REISIKINDLUSTUS

Reisitõrke kahjuavaldus

Avalduse esitaja

Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood: _____

Aadress: _____

Telefon: _____ E-post: _____

Kindlustusvõtja (täita juhul, kui erineb avaldajast)

Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood: _____

Aadress: _____

Telefon: _____ E-post: _____

Kindlustatud isik (täita juhul, kui erineb avaldajast)

Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood: _____

Aadress: _____

Telefon: _____ E-post: _____

Informatsioon juhtumi kohta

Riik: _____ Koht: _____ Kuupäev: _____ Kellaeg: _____

Juhtumi liik: Reisi ärajäämine Reisi katkemine Reisile hilinemine Lennu hilinemine Muu: _____

Millal ja kus sündmus oli registreeritud? Lennujaamas Meditsiiniasutuses Muus asutuses: _____

Kas olete juhtumiga seoses saanud tagasimakseid? Ei Jah Kelle poolt ja mis summas? _____

Reisitõrke põhjustanud asjaolude kirjeldus:

Reisi kirjeldus (sihtpunktid, kuupäevad, kellaajad, lennufirmad)

Kahjude suurus:

Kulud	Soetamise kuupäev	Hind, valuuta

Kulud	Soetamise kuupäev	Hind, valuuta

Lisatud dokumendid

Arsti poolt väljastatud tõend diagnoosiga _____ tk

Kulutusi/maksmist tõendavad dokumendid _____ tk

Politsei õiend, kui õnnetus on registreeritud politseis _____ tk

Muu: _____

Hüvitise summa ja saaja

Hüvitise summa, valuuta: _____ Arveldusarve (IBAN): _____

Ees- ja perekonnanim/Nimii: _____ Isikukood: _____

Kas kindlustatu on samalaadse kindlustuslepingu sõlminud mõnes teises firmas? Jah Ei Ei tea

Avalduse 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 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 kahjuhtumiga 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 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.

Avalduse esitaja

Ees- ja perekonnanimi: _____

Kuupäev/Allkiri: _____