

ÕNNETUSJUHTUMIKINDLUSTUS

Hüvitistaotlus



Avaldaja:

Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood: _____
Aadress: _____
Telefon: _____ E-post: _____

Kindlustatud isik:

Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood/Registrikood: _____
Aadress: _____
Telefon: _____ E-post: _____
Tegevusala: _____

Kindlustusleping:

Poliisi number: _____ Alguskuupäev: _____ Lõppkuupäev: _____

Informatsioon juhtumi kohta:

Toimumise koht: _____ Kuupäev: _____ Kellaeg: _____
Juhtumi liik: Surm Ajutine kehavigastus Püsiv kehavigastus
Juhtum leidis aset: Liiklusõnnetuses Sportimisel Vabal ajal muu
Millal pärast õnnetusjuhtumit pöördus kindlustatu esmakordselt arsti poole? Kuupäev: _____ Kellaeg: _____
Raviasutuse ja arsti nimi: _____
Milline kehaosa sai vigastada? _____
Kas kannatada saanud kehaosa on olnud varem vigastatud? Ei Jah, millal _____

Õnnetusjuhtumi kirjeldus ja diagnoos:

Lisainfo:

Kas Kindlustatu tarbis õnnetuse toimumise päeval alkoholi, uimasteid, psühhotroopseid aineid või arsti ettekirjutamata ravimeid? Ei Jah _____
Kas on muid kehtivaid kindlustuslepinguid seoses avaldatud kindlustusjuhtumiga? Kas õnnetus juhtus liiklusõnnetuse tõttu? Ei Jah (täpsustada kindlustusseltsi) _____
Kui juhtum leidis aset liiklusõnnetuses, siis täpsustage põhjustanud sõiduki reg-nr, selle kindlustusandja. _____

Tunnistajad:

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 minu poolt esitatud andmed on õiged ja täielikud. Olen teadlik, et vale või mittetäieliku informatsiooni esitamine 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.
- 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 tähitud kirjaga, kui soovin nende tagastamist ja olen valinud vastava saatmise viisi.
- Kinnitan, et mul on selle kahju hüvitamise avalduse allkirjastamise õigus.

Taotleja:

Ees- ja perekonnanimi: _____
Kuupäev / Allkiri: _____

Lisatud dokumendid:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Taotleja isikut tõendavast dokumendist koopia (ettevõtte korral B-kaardi koopia) | <input type="checkbox"/> Väljavõte haigusloost (lisada haigla ravi korral) _____ tk |
| <input type="checkbox"/> Arstitõend (kindlustusfirma blanketil) _____ tk | <input type="checkbox"/> Tööõnnetuse raport/ akt (lisada tööõnnetuse korral) _____ tk |
| <input type="checkbox"/> Röntgenipildid _____ tk Soovin neid tagasi <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah | <input type="checkbox"/> Poliisi koopia |
| <input type="checkbox"/> Töövõimetuslehe koopia (täidetud nii arsti kui tööandja osa) _____ tk | <input type="checkbox"/> Muu: _____ |

Hüvitise summa ja saaja:

- | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kindlustatu | <input type="checkbox"/> Volitatud isik (kindlustushüvitise saamiseks peab volitatud isik esitama volituse) | <input type="checkbox"/> Muu _____ |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|
- Hüvitise summa, valuuta: _____ Arveldusarve (IBAN), Panga nimetus: _____
- Ees- ja perekonnanimi/
Firma nimi: _____ Isikukood/Registrikood: _____

Lisainformatsioon:

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 terviseseisundi 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 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.
- 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 tähitud kirjaga, kui soovin nende tagastamist ja olen valinud vastava saatmise viisi.
- Kinnitan, et mul on selle kahju hüvitamise avalduse allkirjastamise õigus.

Soovin saada kõik teated ja otsused postiga e-postiga

Taotleja:

Ees- ja perekonnanimi: _____

Kuupäev / Allkiri: _____