

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: _____ Kellaaeg: _____

Juhtumi liik: Haigestumine Õnnetusjuhtum Hambaravi Sporditrauma
 Muu: _____

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

Kas Kindlustatud isik oli õnnetuse ajal alkoholihoobes või uimastite mõju all või oli tarbinud ilma arsti ettekirjutuseta ravimeid? Ei Jah

Ravikulusid põhjustanud asjaolude kirjeldus:

Arsti diagnoos:

Ravikulud

Lisatud dokumendid

Arsti poolt väljastatud diagnoosiga tõend _____ tk Kulutusi/maksmist tõendavad dokumendid _____ tk
 Politsei õiend, kui õnnetus on registreeritud politseis _____ tk Muu: _____

Liiklusõnnetusest tuleneva ravikulu korral: Politseist avaldus ja protokoll koopia Põhjustaja kindlustusselts: _____

Kas Kindlustatud isikul on Euroopa ravikindlustuse kaart? Ei Jah Number ja kehtivusaeg: _____

Hüvitise summa ja saaja

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

Ees- ja perekonnanimi/Nimi: _____ Isikukood: _____

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

Taotluse allkirjastamisega:

Olen teadlik, et AAS "BTA Baltic Insurance Company" Eesti filiaal (edaspidi BTA) registrikoodiga 11223507 salvestab antud kindlustusjuhtumiga seotud telefonikõnesid, suulisi vestluseid ning muud informatsiooni 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 kindlustustegevuse seaduses sätestatud ulatuses ja korras.

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

Olen teadlik, et BTA saab eeltoodud kahjujuhtumiga seoses andmeid riigiasutustelt, kolmandatelt isikutelt ning meditsiinasutus(t)elt ja/või raviarsti(de)lt.

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

Avalduse esitaja

Ees- ja perekonnanimi: _____

Kuupäev/Allkiri: _____