

Taotleja:

Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood: _____

Address: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Kindlustatud isik:

Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood: _____

Address: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Kindlustusleping:

Poliisi number: _____ Alguskuupäev: _____ Lõppkuupäev: _____

Informatsioon juhtumi kohta:

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

Juhtumi liik:

- Haigestumine Õnnetusjuhtum Hambaravi Liiklusõnnetus Sporditrauma
 Muu _____

Kas seoses juhtumiga olete saanud tagasimakseid?

- Ei Jah, kelle poolt ja mis suuruses? _____

Kas Kindlustatud isik oli tarbinud alkoholi või muid uimastusvahendeid enne juhtumit? Ei Jah

Kirjeldus haigestumise ilmnemiste või vigastuste tekkimise kohta:

Arsti diagnoos:

Ravikulud:

Lisatud dokumendid:

- Reisi ajal kehtinud poliisi koopia Kulutusi tõendavad dokumendid _____ tk
 Arsti poolt väljastatud diagnoosiga tõend _____ tk Maksmist tõendavad dokumendid _____ tk
 Politsei õiend, kui õnnetus on registreeritud politseis _____ tk Muu: _____

Liiklusõnnetuse juhtumi korral:

Politseist avaldus ja protokoll koopia Süüdlase poliisi number ja kindlustusselts: _____

Kas Kindlustatul on Euroopa ravikindlustuse kaart?

- Ei Jah Number ja kehtivusaeg: _____

Taotleja:

Ees- ja perekonnanimi: _____

Kuupäev / Allkiri: _____

Hüvitise summa ja saaja:

Hüvitise summa, valuuta _____ Arveldusarve (IBAN),
Panga nimetus: _____
Ees- ja perekonnanimi: _____ Isikukood: _____

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 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 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-mailiga

Taotleja:

Ees- ja perekonnanimi: _____
Kuupäev / Allkiri: _____