

### Avaldaja / Kindlustusvõtja:

Ees- ja perekonnanimi: \_\_\_\_\_ Isikukood: \_\_\_\_\_

Aadress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Poliisi nr.: \_\_\_\_\_ Alguskuupäev: \_\_\_\_\_ Lõppkuupäev: \_\_\_\_\_

### Informatsioon juhtumi kohta:

Toimumise koht: \_\_\_\_\_ Kuupäev: \_\_\_\_\_ Kellaeg: \_\_\_\_\_

Seletus:

#### 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 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 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

### Avaldaja:

Ees- ja perekonnanimi: \_\_\_\_\_

Kuupäev / Allkiri: \_\_\_\_\_