

### Avalduse esitaja

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

Address: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

### Kindlustatud isik

Kindlustatud isik: \_\_\_\_\_ Isikukood/Registrikood: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Tegevusala: \_\_\_\_\_

### Kindlustusleping

Poliisi number: \_\_\_\_\_

### Informatsioon juhtumi kohta

Toimumise koht: \_\_\_\_\_ Kuupäev: \_\_\_\_\_ Kellaaeg: \_\_\_\_\_

Juhtumi liik:  Surm  Ajutine kehavigastus  Püsiv kehavigastus

Juhtum leidis aset:  Liiklusõnnetuses  Sportimisel  Vabal ajal  Muu \_\_\_\_\_

Millal pärast õnnetusjuhtumit pöördus kindlustatu esmakordselt arsti poole? Kuupäev: \_\_\_\_\_ Kellaaeg: \_\_\_\_\_

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 oli õnnetusjuhtumi ajal joobes või uimastite mõju all või tarbis arsti ettekirjutusest ravimeid?	Ei <input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/>	
Kas on muid kehtivaid kindlustuslepinguid seoses avaldatud kindlustusjuhtumiga?	Ei <input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/>	(täpsustada kindlustusseltsi)
Kas õnnetus juhtus liiklusõnnetuse tõttu? Kui juhtum leidis aset liiklusõnnetuses, siis täpsustage põhjustanud sõiduki registreerimisnumber, selle kindlustusandja.	Ei <input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/>	

### Tunnistajad

## Lisatud dokumendid

---

- Taotleja isikut tõendava dokumendi koopia
- Arstitõend \_\_\_\_\_ tk
- Röntgenipildid \_\_\_\_\_ tk Soovin neid tagasi:  Ei  Jah
- Töövõimetuslehe koopia \_\_\_\_\_ tk
- Väljavõte haigusloost \_\_\_\_\_ tk
- Tööõnnetuse raport/ akt (lisada tööõnnetuse korral) \_\_\_\_\_ tk
- Muu: \_\_\_\_\_

## Hüvitise summa ja saaja

---

- Kindlustatu  Volitatud isik (kindlustushüvitise saamiseks peab volitatud isik esitama volituse)  Muu \_\_\_\_\_

Hüvitise summa, valuuta: \_\_\_\_\_ Arveldusarve (IBAN): \_\_\_\_\_

Ees- ja perekonnanimi/Firma nimi: \_\_\_\_\_ Isikukood/registrikood: \_\_\_\_\_

## Lisainformatsioon

---

### 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 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.

### Avalduse esitaja

---

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

Kuupäev/Allkiri: \_\_\_\_\_