

HÜVITISTAOTLUS Lisakindlustus

Kindlustusandjaks on ERGO Life Insurance SE (registreeritud Leedus), kes osutab Eestis teenuseid ERGO Life Insurance SE Eesti filiaali kaudu.

KINDLUSTASTUD ISIK

Ees- ja perekonnanimi _____ Isikukood _____

Address _____
Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald

Telefon _____ E-post _____

Kindlustuspoliis nr 70-5 _____ - _____

- Palun maksta mulle välja kindlustushüvitis
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Õnnetusjuhtumijärgne päevaraha | <input type="checkbox"/> Töövõimetuse lisakindlustus |
| <input type="checkbox"/> Õnnetusjuhtumijärgne haiglapäevaraha | <input type="checkbox"/> Haiglapäevaraha lisakindlustus |
| <input type="checkbox"/> Invaliidsus õnnetusjuhtumi tagajärjel | <input type="checkbox"/> Kriitiline haigus |
| <input type="checkbox"/> Vähikindlustuse hüvitis | |

Kindlustatu kindlustusjuhtumieelne tervislik seisund _____

Kindlustatu kroonilised haigused ja tervise püsihäired _____

Raviasutused, kus kindlustatu on kahe viimase aasta jooksul end ravinud _____

Kindlustusjuhtumi teave

Kindlustusjuhtumi toimumise aeg _____ Kellaeg _____
Päev, kuu, aasta

Kindlustusjuhtumi toimumise koht _____

- Kindlustusjuhtum leidis aset
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> tööl (koolis) / teel tööle või sealt tagasi | <input type="checkbox"/> haigestumise tõttu |
| <input type="checkbox"/> võistlusspordi treeningul/võistlusel | <input type="checkbox"/> vabal ajal |
| <input type="checkbox"/> harrastusspordis | <input type="checkbox"/> muul põhjusel, mujal (kus?) |

Milline kehaosa sai vigastada? Täpne diagnoos _____

Kas kannatada saanud kehaosa on olnud varem vigastatud? Ei Jah, millal? _____

Juhtumi üksikasjalik kirjeldus

Töövõimetus- ja raviteave

Millal pärast kindlustusjuhtumit pöördus kindlustatud isik esmakordselt arsti poole?

_____ Kellaeg _____
Päev, kuu, aasta

Raviasutuse nimetus, aadress _____

Raviarsti nimi, telefon _____

Millist ravi osutati kindlustatud isikule? Palume lisada väljavõte ambulatoorsest kaardist. _____

Kas kindlustatud isik viibis kindlustusjuhtumi järel haiglas? Jah Ei

Kui jah, siis palume märkida, mis ajast mis ajani ja millises haiglas. Palume lisada haigusloo väljavõte. _____

Millistelt arstidelt on kindlustatud isik seoses kindlustusjuhtumiga saanud hiljem abi? _____

Kui kaua oli kindlustatud isik ülalnimetatud juhtumi tagajärjel töövõimetu (kui kaua puudus töölt või koolist)? Palume lisada ajutist või püsivat puuduvat töövõimet tõendav dokument. _____

Kas kindlustusjuhtumijärgset raviaga pikendasid muud haigused? Jah Ei

Kui jah, siis millised? _____

Kas on olemas kindlustusjuhtumi tunnistaja(d)? Jah Ei

Kui jah, siis palume märkida tunnistaja(te) nimi (nimed) ja kontaktandmed _____

Kas kindlustatu oli juhtumi toimumise ajal alkoholihoobes või uimastite mõju all? Ei Jah

Kui jah, siis märkida tarvitatud kogus. _____

Juhtumit puudutav muu teave

Kas pärast kindlustusjuhtumit on alustatud kriminaal- või väärteomenetlust? Jah Ei

Kui jah, siis lisada dokument kriminaal- või väärteomenetluse algatamise/lõpetamise kohta.

Palume samuti märkida juhtumiga tegeleva politseinspektori kontaktandmed _____

Hüvitis-
taotluse
lisad

- Kindlustatud isiku isikut tõendava dokumendi koopia
- Kiirabi- või patsiendikaardi koopia
- Ambulatoorse kaardi väljavõte
- Väljavõte haigusloost (haiglaravi korral)
- Töövõimetuslehe koopia _____ tk
- Püsiva töövõimetus tuvastamise otsus või töövõime hindamise otsus
- Tööõnnetuse raport
- Politsei tõend
- Muud dokumendid _____ tk

Millised? _____

Palun kanda raha arvelduskontole nr _____

Arvelduskonto omanik on _____
Ees- ja perekonnanimi

Kinnitan, et olen esitanud õiged ja täielikud andmed. Tean, et kui olen esitanud valet või puudulikku teavet, siis on kindlustusandjal õigus hüvitist vähendada või selle väljamaksmisest keelduda. Olen teadlik, et tulenevalt kindlustuslepingu tingimustes sätestatust on kindlustusandjal õigus saada kindlustusjuhtumit puudutavat täiendavat teavet seda valdavatel isikutelt. Olen nõus minu isikuandmete edastamisega arst-ekspertidele kahju käsitlemisel. samuti volitan kindlustusandjat tutvuma minu tervist puudutavate andmetega ja küsima minu nimel täiendavat teavet minu tervise kohta mind ravinud raviasutuselt, raviarstidelt ja teistelt isikutelt, kel on minu tervist puudutavat teavet.

KINDLUSTATU VÕI TEMA ESINDAJA

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____

AVALDUSE VASTUVÕTJA

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____