

## HÜVITISTAOTLUS Ravikindlustus

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

### KINDLUSTATUD ISIK

Ees- ja perekonna-  
nimi \_\_\_\_\_ Isikukood \_\_\_\_\_

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

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

### KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonna-  
nimi/Ärinimi \_\_\_\_\_ Isikukood/  
Registrikood \_\_\_\_\_

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

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

Kindlustuspoliis nr 70-5 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hüvitise taotleja  Kindlustatu  Kindlustusvõtja

Viibis ravil Raviasutus \_\_\_\_\_

Arsti nimi, telefon \_\_\_\_\_

Haiglaravil, osakond \_\_\_\_\_ Mis ajast mis ajani \_\_\_\_\_

Ambulatoorsel ravil \_\_\_\_\_ Mis ajast mis ajani \_\_\_\_\_

Hambaravil \_\_\_\_\_ Kuupäev \_\_\_\_\_  
Päev, kuu, aasta

Taotlen  ravikulude hüvitist \_\_\_\_\_ eurot  hambaravikulude hüvitist \_\_\_\_\_ eurot

transpordikulude hüvitist \_\_\_\_\_ eurot  abivahendi kulu hüvitist \_\_\_\_\_ eurot

Hüvitis-  
taotluse  
lisad  Poliis

Viimase kindlustusmakse maksmist tõendav dokument (vajaduse korral)

Kindlustatud isiku isikut tõendava dokumendi koopia

Taotleja isikut tõendava dokumendi koopia

Arstitõend/Ambulatoorse kaardi väljavõte

Röntgenipildid \_\_\_\_\_ tk Soovin neid endale tagasi  Jah  Ei

Väljavõte haigusloost

Raviarve originaal koos tasumist tõendava kviitungiga \_\_\_\_\_ tk

Töövõimetuslehe koopia \_\_\_\_\_ tk

Abivahendite arve

Koolist vabastuse 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 valdavalt 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.

---

**KINDLUSTUSVÕTJA**

---

**AVALDUSE VASTUVÕTJA**

\_\_\_\_\_

Ees- ja perekonnanimi

\_\_\_\_\_

Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev \_\_\_\_\_

Päev, kuu, aasta

Kuupäev \_\_\_\_\_

Päev, kuu, aasta

Allkiri \_\_\_\_\_

Allkiri \_\_\_\_\_