

## 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 \_\_\_\_\_