

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/Ärini nimi _____ 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-eksperdile 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

Kuupäev _____

Päev, kuu, aasta

Allkiri _____

Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____

Päev, kuu, aasta

Allkiri _____