

HÜVITISTAOTLUS Surmajuhtum

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

SOODUSTATUD ISIK

Ees- ja perekonna-
nimi _____ Isikukood _____

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

Telefon _____ E-post _____

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 _____ - _____

Seoses kindlustatud isiku surmaga palun maksta mulle välja kindlustushüvitis.

Mulle teada olev teave kindlustusjuhtumi kohta

Surma aeg _____ Kellaeg _____
Päev, kuu, aasta

Surma koht _____

Juhtumi täpne kirjeldus _____

Millises raviasutuses on surm tõendatud? _____

Arsti nimi, kes tõendas isiku surma _____

Juhtumit puudutav muu teave

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

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

Palume samuti märkida juhtumiga tegeleva politseinspektori kontaktandmed _____

Kas on olemas kindlustusjuhtumi tunnistaja(d)? Jah Ei

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

Hüvitis-
taotluse
lisad

- Poliis
- Kindlustatud isiku surmatõend
- Väljavõte haigusloost või arstitõend
- Soodustatud isiku isikut tõendava dokumendi koopia
- Soodustatud isiku sugulusastet tõendavad dokumendid
- Seadusjärgset pärimisõigust tõendavad dokumendid
- Kui soodustatud isik on alaealine, siis eestkostja või hooldaja määramise otsus
- Tööõnnetuse akt, kui surm leidis aset töö juures
- Kriminaalasja algatamise/peatamise/lõpetamise määrus

Palun kanda raha arvelduskontole nr _____

Pank _____ Arvelduskonto omanik on _____

Ees- ja perekonnanimi

Volitan ERGO Life Insurance SE Eesti filiaali minu nimel teabe saamiseks pöörduma iga ametiasutuse ja arsti poole, kelle poole oli pöördunud kindlustatud isik.

Kinnitan, et olen esitanud õiged ja täielikud andmed.

KINDLUSTUSVÕTJA

AVALDUSE VASTUVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi

Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____

Päev, kuu, aasta

Kuupäev _____

Päev, kuu, aasta

Allkiri _____

Allkiri _____