

Kindlustuslepingu number / Номер полиса / Policy No.

Hüvitisnõue nr. / Заявление о возмещении № / Indemnity claim no.



HÜVITISE TAOTLUS REISIKINDLUSTUSE JA ÄRIREISIKINDLUSTUSE PÕHJAL/

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ ПО СТРАХОВАНИЮ ПУТЕШЕСТВИЙ И ДЕЛОВЫХ ПОЕЗДОК / INDEMNITY CLAIM REGARDING TRAVEL INSURANCE AND INSURANCE OF BUSINESS TRIPS

I Kindlustatud isik / Застрахованный / The insured

Ees - ja perekonnanimi / Имя, фамилия / Name, Surname

Isikukood / Персональный код / Identity No.

E-posti aadress / Эл. почта / E-mail

Telefon / Телефон / Telephone

Address / Адрес / Address

II Õnnetusjuhtumi kirjeldus / Описание происшествия / Description of the accident

Toimumise kuupäev / Дата происшествия / Date of the accident

Toimumise kellaeg / Время происшествия / Time of the accident

Toimumise koht / Место происшествия / Place of the accident

Õnnetusjuhtumi olemus / Характер происшествия / Nature of the accident

 Olmetrauma /
Бытовая травма /
Household trauma Pagasi kaotus, kahjustumine või hilinemine /
Утеря, повреждение, задержка багажа /
Loss, damage or delay of the baggage Lennu hilinemine /
Задержка авиарейса /
Flight delay Liiklusõnnetus / ДТП /
Road traffic accident Äge haigestumine /
Острое заболевание /
Acute disease Kolmanda poole vastutus kindlustatud tegevuse /
tegevusetuse eest / СГО деятельности/бездействия застрахованного /
Third party liability for action/inaction of the insured Töötrauma /
Рабочая травма /
Work trauma Hambaravi /
Стоматология /
Dentistry Raha-, passivargus /
Кража денег, паспорта /
Theft of money, passport Reisi tühistamine, katkestamine, edasilükkamine /
Отмена, прерывание, задержка путешествия /
Cancellation, interruption, delay of the trip Sporditrauma /
Спортивная травма /
Sports trauma Muu /
Другое /
Other

Juhtumi üksikasjalik kirjeldus / Подробное описание происшествия / Detailed description of the accident

III Erakorraline meditsiiniabi / Первая медицинская помощь / Emergency medical aid

Kuupäev / Дата / Date

Arved (arv) /
Счета (количество) /
Invoices (quantity)

Raviasutus / Лечебное учреждение / Medical institution

Tšekid (arv) /
Чеки (количество) /
Checks (quantity)Kviitungid (arv) /
Квитанций (количество) /
Receipts (quantity)Muud dokumendid (arv) /
Другие документы (количество) /
Other documents (quantity)

Kuupäevad / Дата / Date

Summa, valuuta / Сумма, валюта / Sum, currency

Makstud / Оплачено / Paid

 Jah / Да / Yes Ei / Нет / No

Kuupäevad / Дата / Date

Summa, valuuta / Сумма, валюта / Sum, currency

Makstud / Оплачено / Paid

 Jah / Да / Yes Ei / Нет / No

Kuupäevad / Дата / Date

Summa, valuuta / Сумма, валюта / Sum, currency

Makstud / Оплачено / Paid

 Jah / Да / Yes Ei / Нет / No

Kuupäevad / Дата / Date

Summa, valuuta / Сумма, валюта / Sum, currency

Makstud / Оплачено / Paid

 Jah / Да / Yes Ei / Нет / No

Kuupäevad / Дата / Date

Summa, valuuta / Сумма, валюта / Sum, currency

Makstud / Оплачено / Paid

 Jah / Да / Yes Ei / Нет / No

Kuupäevad / Дата / Date

Summa, valuuta / Сумма, валюта / Sum, currency

Makstud / Оплачено / Paid

 Jah / Да / Yes Ei / Нет / No

Kuupäevad / Дата / Date

Summa, valuuta / Сумма, валюта / Sum, currency

Makstud / Оплачено / Paid

 Jah / Да / Yes Ei / Нет / No

Kuupäevad / Дата / Date

Summa, valuuta / Сумма, валюта / Sum, currency

Makstud / Оплачено / Paid

 Jah / Да / Yes Ei / Нет / No

IV Kindlustushüvitise maksmine / Выплата страхового возмещения / Insurance indemnity payment

Palun maksta kindlustushüvitist pangaülekanega / Прошу выплатить страховое возмещение перечислением / Please disburse the insurance indemnity by transfer

Ees - ja perekonnanimi / Asutuse nimi / Имя, фамилия / Название предприятия / Name, Surname / Company name

Isikukood / Ettevõtte registreerimisnumber / Персональный код / Единый рег. № предприятия / Identity No. / Company Reg. No.

Pank / Банк / Bank

IBAN konto / Номер счета IBAN / IBAN account

Olen teadlik, et ebaõigete või eksitavate andmete esitamisel võidakse hüvitise maksmisest keelduda ning rakendada kriminaalkaristust, mis on sätestatud kriminaalkoodeksi punktides 177 (pettus) või 178 (kindlustuspettus). Volitan käesolevaga kindlustajat taotlema ja vastu võtma teavet juriidilistelt isikutelt (sealhulgas meditsiinasutustelt, Haigekassalt, Terviseametilt), mis puudutab kindlustatud isiku tervist ja saadud meditsiiniabi, mis on vajalik võimaliku kindlustusjuhtumi asjaolude väljaselgitamiseks. Kinnitan käesolevaga, et nõustun seoses kindlustusjuhtumiga läbima meditsiinilisi uuringuid Kindlustaja valitud eriarsti juures. Kinnitan käesolevaga, et luban AAS Baltat süsteemihaldurina ja isikuandmete operaatorina töödelda minu isikuandmeid, kaasa arvatud tundlikke isikuandmeid ja isikukoode, et tagada kindlustuslepingu tingimuste täitmine. Olen teadlik, et kindlustushüvitist makstakse ainult kõikide vajalike dokumentide esitamisel, mis kinnitavad Kindlustajale kindlustusjuhtumit ja sellega kaasnenud kulutusi.

Я проинформирован, что в случае предоставления недостоверных или вводящих в заблуждение сведений возможен отказ в выплате возмещения и может наступить уголовная ответственность. Настоящим уполномочиваю страховщика запрашивать и получать от других субъектов (в том числе у медицинского персонала, от лечебных учреждений, Фонда медицинского страхования, Департамента здравоохранения) информацию о состоянии здоровья застрахованного лица и полученной застрахованным лицом медицинской помощи, что является необходимым для выяснения обстоятельств возможного страхового случая. Настоящим подтверждаю, что я согласен пройти медицинский осмотр у выбранного страховой компанией врача-специалиста в связи со страховым случаем. Настоящим подтверждаю, что я уполномочиваю AAS Baltat, как заведующему системой и оператору личных данных, обрабатывать мои личные данные, в том числе чувствительные личные данные и персональные идентификационные (классификационные) коды с целью обеспечения выполнения договора. Осознаю, что выплата страхового возмещения осуществляется только после подачи страхователю всех необходимых документов, которые подтверждают наступление страхового случая и размер возникших в его результате убытков.

I am informed that in case of providing false or misleading information, the refusal to disburse the indemnity and criminal liability may arise. I hereby authorize the insurer to request and receive from other legal entities (including medical practitioners, medical institutions, the Health Insurance Fund, Health Board) information regarding the health condition of the insured person and the received medical assistance required for the clarification of the circumstances of the potential insured event. I hereby confirm that I agree to undergo a medical examination at the doctor-specialist selected by the Insurer in relation with the insured event. I hereby confirm that I authorize AAS Baltat, being the system administrator and personal data operator, to process my personal data, including sensitive personal data and personal identification (classification) codes to ensure the performance of the insurance contract. I am aware that the insurance indemnity is disbursed only upon submission of all necessary documents confirming the insured event and the losses incurred as a result thereof to the insurer.

Soovin saada otsust kindlustushüvitise kohta minu: / Решение о страховом возмещении хочу получить /
I would like to receive the decision on the insurance indemnity to my:

e-posti aadressile / Адрес эл. почты / E-mail address
 postiaadressile / Адрес / Mailing address

Avalduse esitaja / Предъявитель заявления / Applicant

Ees - ja perekonnanimi / Имя, фамилия / Name, Surname

Isikukood / Персональный код / Identity No.

Telefoninumber /
Телефон / Telephone

Kuupäev / Дата / Date

Allkiri / Подпись / Signature