

Millistelt arstidelt on kindlustatud isik seoses kindlustusjuhtumiga saanud hiljem abi? _____

Millises haiglas/raviasutuses? _____

Kui kaua oli kindlustatud isik ülalnimetatud juhtumi tagajärjel töövõimetu (kui kaua puudus töölt/koolist)? _____

Kas kindlustusjuhtumijärgselt raviaega pikendasid muud haigused? ei jah

Kui jah, siis millised? _____

Kas on olemas kindlustusjuhtumi tunnistaja(d)? ei jah

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

Muu info juhtumi kohta Kas pärast kindlustusjuhtumit on alustatud kriminaal-/vääriteomenetlust? ei jah

Kui jah, siis lisada dokument kriminaal-/vääriteomenetluse algatamise/peatamise/lõpetamise kohta _____

Palume samuti märkida juhtumiga tegeleva politseiinspektori kontaktandmed _____

Soovin saada kindlustushüvitise

ühekordse väljamaksena

Palume teha rist sobivasse kasti

tähtajalise pensionina

Väljamakse aeg _____ aastat

Väljamaksetaotluse lisad

Poliis

Viimase kindlustusmakse maksmist tõendav dokument (vajadusel)

Kindlustatud isiku isikut tõendava dokumendi koopia

Taotleja isikut tõendava dokumendi koopia

Arstitõend

Röntgenipildid _____ tk Soovin neid endale tagasi ei jah

Väljavõte haigusloost

Politseitõend

Töövõimetuslehe koopia _____ tk

Tööõnnetuse akt, kui õnnetus leidis aset töö juures

Koolist vabastuse tõend

Muud dokumendid _____ tk Millised? _____

Palun kanda raha arvelduskontole

Pank ja arvelduskonto nr _____

Konto omaniku ees- ja perekonnanimi _____

Kindlustatud isiku volitus

Kinnitan, et ülaltoodud andmed on õiged ja täielikud. Tean, et vale või puuduliku teabe esitamisel 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-eksperdile kahju käsitlemisel. Samuti volitan kindlustusandjat tutvuma minu tervist puudutavate andmetega ja küsima minu nimel täiendavat teavet minu tervise kohta mind ravinud raviasutustelt, raviarstidelt ja teistelt minu tervist puudutavat teavet omavatel isikutelt.

Soodustatud isiku allkiri _____ Taotluse täitmise kuupäev _____ Koht _____

Päev, kuu, aasta

ERGO Elukindlustuse ASi kahjukäsitlejad: A. Lauteri 5, 10114 Tallinn, tel (0) 610 6679, (0) 610 6682