KINDLUSTUSANDJA ERGO Elukindlustuse AS
Lauteri 5, 10114 Tallinn, registrikood 10016829; tel 610 6677, faks 610 6676, e-post: infoelu@ergo.com.ee

ERGO

VÄLJAMAKSETAOTLUS
Ravikindlustus

PALUME TÄITA TRÜKITÄHTEDEGA

KINDLUSTUSPOLIIS nr 70-5 ⌊ ⌋⌊ ⌋ - ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋

KINDLUSTATUD ISIK
Ees- ja perekonnanimi _____ Isikukood ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋
Aadress _____ Telefon _____

KINDLUSTUSVÕTJA
Ees- ja perekonnanimi/ nimetus _____ Isikukood/ registrikood ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋
Aadress _____ Telefon _____

VÄLJAMAKSE TAOTLEJA (KINDLUSTATU, KINDLUSTUSVÕTJA) Vajalik alla kriipsutada

Viibis ravil
Raviasutus _____
Arsti nimi, telefon _____
Haiglaravil _____ osakonnas mis ajast mis ajani _____
Ambulatoorsel ravil _____ mis ajast mis ajani _____
Hambaravil _____ kuupäev ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋
Päev, kuu, aasta

Taotlen
Palume teha rist sobivasse kasti
- ☐ ravikulude hüvitist _____ krooni
- ☐ transpordikulude hüvitist _____ krooni
- ☐ hambaravikulude hüvitist _____ krooni
- ☐ abivahendi kulu hüvitist _____ krooni

Väljamaksetaotluse lisad
- ☐ Poliis
- ☐ Viimase kindlustusmakse maksmist tõendav dokument (vajadusel)
- ☐ Kindlustatud isiku isikut tõendava dokumendi koopia
- ☐ Taotleja isikut tõendava dokumendi koopia
- ☐ Arstitõend/tervisekaart
- ☐ Röntgenipildid _____ tk Soovin neid endale tagasi ☐ ei ☐ jah
- ☐ 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
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 valdavatelt 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 omavatelt isikutelt.

Kindlustatud isiku allkiri _____ Taotluse täitmise kuupäev ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ Koht _____
Päev, kuu, aasta

Kindlustusvõtja allkiri _____

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