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

ERGO

VÄLJAMAKSETAOTLUS
Surmajuhtum

PALUME TÄITA TRÜKITÄHTEDEGA

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

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

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

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

Palun maksta mulle välja kindlustushüvitis seoses kindlustatud isiku surmaga.

Mulle teada olev teave kindlustusjuhtumi kohta

Surma aeg Kuupäev ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ (Päev, kuu, aasta) Kellaaeg ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋

Surma koht _____

Juhtumi täpne kirjeldus

Millises raviasutuses on surm tõendatud? _____

Arsti nimi, kes tõendas isiku surma _____

Juhtumit puudutav muu teave

Kas surma järgselt on alustatud kriminaal-/väärteomenetlust? ☐ **Jah** ☐ **Ei**

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

Palume samuti märkida juhtumiga tegeleva politseiinspektori kontaktandmed _____

Kas on olemas kindlustusjuhtumi tunnistaja(d)? ☐ **Jah** ☐ **Ei**

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

Väljamaksetaotluse lisad

- ☐ Poliis
- ☐ Kindlustatud isiku surmatunnistus
- ☐ 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

Pank ja arvelduskonto nr _____ ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋

Konto omaniku ees- ja perekonnanimi _____

☐ Volitan ERGO Elukindlustuse ASi minu nimel teabe saamiseks pöörduma iga ametiasutuse ja arsti poole, kelle poole oli pöördunud kindlustatud isik.

Kinnitan, et olen esitanud õiged ja täielikud andmed.

Soodustatud isiku allkiri _____ Taotluse täitmise kuupäev ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ (Päev, kuu, aasta) Koht _____