

## HÜVITISE TAOTLUS Õnnetusjuhtumikindlustus

Päevaraha     Valuraha     Ravikulu  
 Püsiva puude hüvitis     Surmajuhtumihüvitis

<b>Palume täita trükitähtedega</b>		Kahjutoimiku number (täidab kindlustusandja)
<b>Kindlustatu</b>	Nimi	Isikukood
	Adress	Telefon
		E-post
	Töökoht	Amet
Kindlustuspoliisi nr	Kindlustusperiood (alguse ja lõpu kuupäevad)	
<b>Kindlustusvõtja</b> (täita juhul, kui kindlustusvõtja ei ole kindlustatu)	Nimi	Isikukood/Registrikood
	Adress	Telefon
		E-post

<b>Kindlustatu õnnetusjuhtumieelne tervislik seisund</b>	Kindlustatu kroonilised haigused ja püsivad tervisehäired
	Raviasutused, kus kindlustatu on end kahe viimase aasta jooksul ravinud
	Kindlustatu haigused viimase aasta jooksul. Haiguse iseloom, raviaeg

<b>Teave õnnetusjuhtumi kohta</b>	Õnnetuse toimumise aeg Kuupäev ____/____/____ Kellaeg ____ ____	Õnnetuse toimumise koht
	Õnnetus juhtus <input type="checkbox"/> tööl (koolis)/teel tööle (kooli) või tagasi <input type="checkbox"/> võistlusspordi treeningul/võistlusel <input type="checkbox"/> harrastussportimise ajal <input type="checkbox"/> vabal ajal <input type="checkbox"/> mujal, kus?	
	Milline kehaosa sai vigastada?	Kas kannatada saanud kehaosa on olnud ka varem vigastatud? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah, millal?
	Üksikasjalik kirjeldus, kuidas õnnetus juhtus	

<b>Teave töövõimetuse ja ravi kohta</b>	Millal pärast õnnetusjuhtumit pöördus kindlustatu esmakordselt arsti poole? Kuupäev ____/____/____ Kellaaeg ____ ____	Raviarsti nimi
	Raviasutuse nimetus, aadress	
	Millist ravi kindlustatule osutati? Lisada arsti tõend diagnoosi ja määratud ravi (sh protseduuride ja ravimite) kohta	
	Kas kindlustatu viibis pärast õnnetust haiglas? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis märkida, kui kaua ja millises haiglas. Lisada väljavõtte haigusloost	
	Milliste arstide abi on kindlustatu hiljem kasutanud? Millises haiglas/raviasutuses?	
	Kui kaua oli kindlustatu õnnetuse tagajärjel töövõimetu (kui kaua puudus töölt/koolist)? Lisada töövõimetusleht	
	Millised ja kui suured raviga seotud kulutused tekkisid õnnetusjuhtumi tagajärjel? Lisada kulutusi tõendavad dokumendid	
	Kas õnnetusjuhtumi järgset raviäega pikendasid muud haigused? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis millised?	

<b>Muu teave juhtumi kohta</b>	Kas pärast õnnetust on kindlustatu pöördunud politseisse? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis lisada dokument kriminaalasja algatamise/ lõpetamise vms kohta
	Kas kindlustatu oli õnnetuse toimumise ajal alkoholihoobes või uimastite mõju all? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis märkida tarvitatud kogus
	Kas on olemas õnnetusjuhtumi toimumise tunnistajad? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis märkida tunnistajate nimed ja kontaktandmed

<b>Muu teave</b>	Kas kindlustatul oli õnnetusjuhtumi toimumise ajal teisi jõus olevaid õnnetusjuhtumikindlustuse lepinguid? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis märkida, millises kindlustusfirmas, millise kindlustusperioodiga ja milliste hüvitisliimidega on nimetatud leping sõlmitud.
	Kas kindlustatu on viimase kahe aasta jooksul saanud kindlustushüvitist õnnetusjuhtumikindlustuse lepingu alusel? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis märkida, millal, millisest kindlustusseltsist ja millises summas.

<b>Hüvitise taotlusega kaasnevad lisad</b>	<input type="checkbox"/> Arstitõend (kindlustusfirma blanketil) _____ tk
	<input type="checkbox"/> Röntgenipildid _____ tk Soovin neid tagasi <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah
	<input type="checkbox"/> Töövõimetuslehe koopia (täidetud nii arsti kui ka tööandja osa) _____ tk
	<input type="checkbox"/> Tõend õnnetusjuhtumile eelnenud perioodil saadud netotulu kohta _____ tk
	<input type="checkbox"/> Väljavõtte haigusloost (lisada haiglaravi korral) _____ tk
	<input type="checkbox"/> Tööõnnetuse akt/raport (lisada tööõnnetuse korral)
	<input type="checkbox"/> Raviga seotud kulutusi tõendavad dokumendid (lisada dokumendid) _____ tk
	<input type="checkbox"/> Politsei tõend
<input type="checkbox"/> Muud dokumendid _____ tk. Millised?	

<b>Kindlustus- hüvitis</b>	Pank ja arvelduskonto number	Konto omaniku nimi
--------------------------------	------------------------------	--------------------

Kinnitan, et ülaltoodud andmed on õiged ja täielikud. Tean, et kui olen esitanud vale või puuduliku info, siis on kindlustusandjal õigus hüvitatavat summat vähendada või hüvitise väljamaksmisest keelduda. Olen teadlik, et tulenevalt kindlustuslepingu tingimustes sätestatust on kindlustusandjal õigus saada kahjujuhtumit puudutavat täiendavat teavet seda valdavatel isikutelt.

<b>Allkiri</b>	Avalduse täitmise koht ja kuupäev	Kindlustatu või tema esindaja nimi ja allkiri
----------------	-----------------------------------	---