

# Õnnetusjuhtumikindlustuse hüvitistaotlus

(palume täita trükitähtedega)



<b>Kindlustusleping</b>	Poliisi number	Kehtivuse alguskuupäev	Kehtivuse lõppkuupäev
<b>Kindlustusvõtja</b> (isik, kes sõlmis lepingu ning tasub kindlustusmakseid)	Ees- ja perekonnanimi / äriühingu nimi		Isikukood / äriregistri kood
	Postiaadress (tänav, maja, linn, vald, maakond, indeks)		
	Telefon	E-post	Faks
<b>Kontaktisik</b>	Ees- ja perekonnanimi		Telefon / E-post
<b>Kindlustatud isik</b>	Ees- ja perekonnanimi		Isikukood
	Postiaadress (tänav, maja, linn, vald, maakond, indeks)		
	Telefon	E-post	Amet
<b>Hüvitise saaja(d)</b>	Ees- ja perekonnanimi		Isikukood
	Arvelduskonto nr		Pank
	Äriühingu nimi		Äriregistri kood
	Arvelduskonto nr		Pank
<b>Õnnetusjuhtum</b>  Kas olete samalaadse lepingu sõlminud ka mõnes teises kindlustusfirmas?  <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah, palun täpsustage  .....  .....	Õnnetusjuhtumi toimumise koht	Kuupäev	Kellaaeg
	Õnnetusjuhtum toimus <input type="checkbox"/> tööl (koolis) <input type="checkbox"/> vabal ajal <input type="checkbox"/> võistlusspordi treeningul, võistlusel <input type="checkbox"/> harrastussportimise ajal <input type="checkbox"/> mujal, .....	Seesamile esmase teatamise kuupäev	<input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> e-post <input type="checkbox"/> muu .....
	Milline kehaosa sai vigastada?	Kas olete varem vigastanud sama piirkonda? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah, millal?	
	Varasema vigastuse aeg ja vigastust ravinud raviasutuse nimi (ja raviarsti nimi)		
	Üksikasjalik õnnetusjuhtumi kirjeldus (kuidas vigastus tekkis, milline kehaosa sai vigastada, millist esmaabi anti)		
(vajadusel palun kasutage lisalehte)			
<b>Muu teave</b>	Kas olite õnnetusjuhtumi toimumise ajal alkoholihoobes või uimastite mõju all? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah  ..... (Avaldus jätkub pöördel)		

<b>õnnetusjuhtumi kohta</b>	Kas olete juhtunud teavitanud politseile? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah	Kuupäev	Politseiasutuse nimi	
<b>Spordivõistlused</b>	Kas kuulute mõnda spordiseltsi / -klubisse? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah, millisesse			
<b>Ravi</b>	Ravi kirjeldus	Alguskuupäev	Lõpukuupäev	Raviasutuse nimi
	Esmaabi			
	Haiglaravi ja/või ambulatoorne ravi			
	Taastusravi			
	Hambaravi			
<b>Diagnoos</b>	Arsti poolt määratud põhidiagnoos	Arsti poolt määratud kaasuvad diagnoosid		
<b>Töövõimetus</b>	Alguskuupäev	Lõpukuupäev		
<b>Hüvitistaotlusele lisan</b>	<input type="checkbox"/> õnnetusjuhtumi toimumise ajal kehtinud poliisi koopia <input type="checkbox"/> töövõimetuslehe koopia (tööandaja poolt täidetuna) ..... tk <input type="checkbox"/> haiglaravi korral väljavõtte haigusloost ..... tk <input type="checkbox"/> arsti otsus (Seesami blanketil) .... tk <input type="checkbox"/> meditsiiniline dokument püsiva ja taastumatu vigastuse ja selle ulatuse kohta <input type="checkbox"/> meditsiiniline dokument taastusravi põhjendatuse kohta <input type="checkbox"/> hambakaardi väljavõtte <input type="checkbox"/> röntgenpilt ..... tk <input type="checkbox"/> tööõnnetuse korral tööõnnetuse raport <input type="checkbox"/> politsei õiend, kui õnnetus on registreeritud politseis <input type="checkbox"/> tõend sissetulekute kohta <input type="checkbox"/> arstliku ekspertiisi otsus püsiva töövõimetuslehe kohta <input type="checkbox"/> koopia hüvitise saaja isikut tõendavast dokumendist (ettevõtte korral ka B-kaardi koopia), kui hüvitis ületab 6400 eurot või kui hüvitise saaja ei ole kindlustatud isik <input type="checkbox"/> koopia kindlustatud isikute nimekirjast (kui kindlustusvõtja on ettevõtte) <input type="checkbox"/> surmajuhumi korral soodustatud isiku või pärija isikut tõendav dokument, pärija(te)l pärimisõigust tõendav dokument <input type="checkbox"/> muud dokumendid ..... tk, millised dokumendid?			
<b>Märkused</b>				
<b>Kindlustatud isiku (seadusliku esindaja) allkiri</b>	Kinnitan, et ülaltoodud andmed vastavad tõele. Kinnitan, et olen teadlik kindlustuslepingu olemasolust ning olen selle sõlmimise heaks kiitnud. Annan Seesamile nõusoleku isikuandmete (s.h delikaatsete isikuandmete) töötlemiseks ning ühtlasi annan nõusoleku selleks, et Seesamil on õigus saada juhtumiga seoses informatsiooni ja andmeid asjasse puutuvatelt isikutelt (nt meditsiinasutustelt, raviarstidelt).			
	Ees- ja perekonnanimi	Kuupäev	Allkiri	
<b>Kindlustusvõtja allkiri</b>	Kinnitan, et olen teadlik eelpool kirjeldatud õnnetusjuhtumist ning hüvitise maksmise viisist.			
	Ees- ja perekonnanimi	Kuupäev	Allkiri	
<b>Kindlustusandaja</b>	Seesam Insurance AS, A.H.Tammsaare tee 118d, 12918 Tallinn, Telefon 628 1700, faks 628 1771, e-post: kahjud@seesam.ee, www.seesam.ee			
<b>Avalduse registreerimine</b>	Avalduse vastu võtnud Seesami esindaja nimi	Kuupäev	Allkiri	