

# Reisikindlustuse hüvitistaotlus (haigestumine, õnnetusjuhtum)

(palume täita trükitähtedega)



<b>Kindlustusleping</b>	Poliisi number	Kehtivuse alguskuupäev	Kehtivuse lõppkuupäev	
<b>Kindlustusvõtja</b>  (isik, kes sõlmis lepingu ning tasub kindlustusmaksleid)	Ees- ja perekonnanimi / äriühingu nimi		Isikukood / äriregistri kood	
	Postiaadress (tänav, maja, linn, vald, maakond, indeks)			
	Telefon	E-post	Faks	
<b>Kindlustatud isik</b>	Ees- ja perekonnanimi		Isikukood	
	Postiaadress (tänav, maja, linn, vald, maakond, indeks)			
	Telefon	E-post	Amet	
<b>Hüvitise saaja</b>	Ees- ja perekonnanimi / Äriühingu nimi		Isikukood / äriregistri kood	
	Arvelduskonto nr.		Pank	
<b>Haigestumine, õnnetusjuhtum</b>  Kas olete samalaadse lepingu sõlminud mõnes teises kindlustusfirmas?  <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah, palun täpsustage  .....  .....	<b>Haigestumise/õnnetusjuhtumi toimumise</b>			
	Riik	Koht	Kuupäev	Kellaeg
	Haigus <input type="checkbox"/> ilmnes esmakordselt reisi ajal <input type="checkbox"/> oli diagnoositud enne reisi algust <input type="checkbox"/> olen varem põdenud samalaadset haigust, palun täpsustage			
	Kas olite õnnetusjuhtumi toimumise ajal alkoholijoobes või uimastite mõju all? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah			
	Kas olete pöördunud SOS International AS poole? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah			
Üksikasjalik kirjeldus, kuidas haigus ilmnes või vigastus tekkis.				

(vajadusel kasutage lisalehte)

<b>Välismaal toimunud ravi</b>  Palun lisage arsti poolt väljastatud diagnoosiga tõend.	Ravi kirjeldus	Alguskuupäev	Lõpukuupäev	Raviasutuse nimi
	Esmaabi			
	Ambulatoorne ravi			
	Haiglaravi			

<b>Ravikulud</b>  Palun lisage iga kulu kohta:  1) kulutust tõendav originaaldokument  2) maksmist tõendav dokument (ostutšekid, panga väljavõte vms)	Ravikulu nimetus	Summa valuutas (tähis)	Summa EEK	Kellele maksta hüvitis?
	Arstivisiit			
	Ravimid			
	Sõidukulud, mis on seotud arstivisiidiga			
	Muud kulud ..... ..... .....			

<b>Hüvitistaotlusele lisan</b>	<input type="checkbox"/> reisi ajal kehtinud poliisi koopia <input type="checkbox"/> arsti poolt väljastatud diagnoosiga tõend ..... tk <input type="checkbox"/> kulutusi tõendavad dokumendid ..... tk <input type="checkbox"/> maksmist tõendavad dokumendid ..... tk <input type="checkbox"/> haiglaravi korral väljavõte haigusloost ..... tk <input type="checkbox"/> röntgenpilt ..... tk <input type="checkbox"/> politsei õiend, kui õnnetus on registreeritud politseis <input type="checkbox"/> koopia hüvitise saaja isikut tõendavast dokumendist (ettevõtte korral ka B-kaardi koopia), kui hüvitis ületab 14.000 krooni või kui hüvitise saaja ei ole kindlustatud isik <input type="checkbox"/> koopia kindlustatud isikute nimekirjast (kui tegemist on grupikindlustusega) <input type="checkbox"/> muud dokumendid ..... tk, millised dokumendid?
--------------------------------	--

<b>Märkused</b>	
-----------------	--

<b>Kindlustatud isik</b> (seaduslik esindaja)	Kinnitan, et ülaltoodud andmed vastavad tõele. 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>Kindlustusandja</b>	Seesam Rahvusvaheline Kindlustuse Aktsiaselts A.H.Tammsaare tee 118d, 12918 Tallinn, Telefon +372 628 1700, Faks +372 628 1771, e-post <a href="mailto:kahjud@seesam.ee">kahjud@seesam.ee</a> , <a href="http://www.seesam.ee">www.seesam.ee</a>
------------------------	--

<b>Avalduse registreerimine</b>	Avalduse vastu võtnud Seesami esindaja nimi	Kuupäev	Allkiri
---------------------------------	---	---------	---------