

Reisikindlustuse hüvitistaotlus (haigestumine, õnnetusjuhtum)

(palume täita trükitähtedega)



Kindlustusleping	Poliisi number	Kehtivuse alguskuupäev	Kehtivuse lõppkuupäev	
Kindlustusvõtja (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	
Kindlustatud isik	Ees- ja perekonnanimi		Isikukood	
	Postiaadress (tänav, maja, linn, vald, maakond, indeks)			
	Telefon	E-post	Amet	
Hüvitise saaja	Ees- ja perekonnanimi / Äriühingu nimi		Isikukood / äriregistri kood	
	Arvelduskonto nr.		Pank	
Haigestumine, õnnetusjuhtum Kas olete samalaadse lepingu sõlminud mõnes teises kindlustusfirmas? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah, palun täpsustage 	Haigestumise/õnnetusjuhtumi toimumise			
	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)			
Välismaal toimunud	Ravi kirjeldus	Alguskuupäev	Lõpukuupäev	Raviasutuse nimi

ravi Palun lisage arsti poolt väljastatud diagnoosiga tõend.	Esmaabi			
	Ambulatoorne ravi			
	Haiglaravi			

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

Hüvitistaotlusele lisan	<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 6400 eurot 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?
--------------------------------	---

Märkused	
-----------------	--

Kindlustatud isik (seaduslik esindaja)	Kinnitan, et ülaltoodud andmed vastavad tõe. 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. meditsiini-asutustelt, raviarstidelt).		
	Ees- ja perekonnanimi	Kuupäev	Allkiri

Kindlustusandja	Seesam Insurance AS, A.H.Tammsaare tee 118d, 12918 Tallinn, Telefon 628 1700, Faks 628 1771, e-post kahjud@seesam.ee , www.seesam.ee
------------------------	---

Avalduse registreerimine	Avalduse vastu võtnud Seesami esindaja nimi	Kuupäev	Allkiri
---------------------------------	---	---------	---------