

Reisikindlustuse hüvitistaotlus

(reisitõrge, haigus, õnnetusjuhtum)



(palume täita trükitähedega)

Kindlustusleping	Poliisi number	Reisi alguskuupäev	Reisi 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	
Reis	Reisi liik	<input type="checkbox"/> puhkusereis <input type="checkbox"/> töölähetus <input type="checkbox"/> muu		
	Reisi teekonna kirjeldus (sihtpunktid, kuupäev, kellaaeg)			
	Planeeritud reis			
	Tegelik reis			
Juhtum Kas olete samalaadse kindlustuslepingu sõlminud ka mõnes teises kindlustusfirmas? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah, palun täpsustage 	Riik	Koht	Kuupäev / Kellaaeg	
	<input type="checkbox"/> Reisitõrge	<input type="checkbox"/> Reisi ärajäämine	<input type="checkbox"/> Reisile hilinemine	<input type="checkbox"/> Reisi katkemine
	<input type="checkbox"/> Haigus/ õnnetus	Esmabi aeg		Ambulatoorse ravi aeg
		Haiglaravi aeg		
		<input type="checkbox"/> haigus ilmnes esmakordselt reisi ajal <input type="checkbox"/> haigus oli diagnoositud enne reisi algust <input type="checkbox"/> olen varem põdenud samalaadset haigust (palun täpsustage).....		
		Kas olite õnnetusjuhtumi toimumise ajal alkoholihoobes või uimastite mõju all? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah		
Kas pöördusite SOS International AS-i poole? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah				

	Üksikasjalik kirjeldus juhtunust
	(Vajadusel kasutage lisalehte)

Kahju suurus Palun lisage iga kulu kohta: 1) kulutust tõendav dokument (arvete ja piletite originaalid) 2) maksmist tõendav dokument (ostutšekid, panga väljavõte vms)	Kus on sündmus registreeritud? Lisage vastava asutuse tõend. Arstitõendil peab olema diagnoos. <input type="checkbox"/> Raviasutus <input type="checkbox"/> Lennufirma <input type="checkbox"/> Politsei <input type="checkbox"/> Muu.....			
	Kas olete saanud juhtumiga seoses tagasimakseid? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> jah, kelle poolt ja kui palju			
	Kulu nimetus	Kulu selgitus	Summa valuutas (tähis)	Summa EUR
	Arstivisiit			
	Ravimid			
	Ärajäänud reisi kulu, millest on lahutatud saadud tagasimaksed			
	Lisandunud majutuskulu			
Lisandunud sõidukulu				
Muud kulud				

Hüvitistaotlusele lisan	Kuludokumendid <input type="checkbox"/> kulutusi tõendavad dokumendid tk <input type="checkbox"/> tasumist tõendavad dokumendid tk <input type="checkbox"/> tagasimakset tõendavad dokumendidtk Juhtumit tõendavad dokumendid <input type="checkbox"/> arstitõendtk <input type="checkbox"/> töövõimetuslehttk <input type="checkbox"/> transpordifirma õiendtk <input type="checkbox"/> koopia hüvitise saaja isikut tõendavast dokumendist (ettevõtte korral ka B-kaardi koopia), kui hüvitis ületab 6 400 eurot või kui hüvitise saaja ei ole kindlustatud isik <input type="checkbox"/> muud dokumendid tk (palun nimetage)
--------------------------------	--

Märkused	
-----------------	--

Kindlustatud isik (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. 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 vastuvõtnud Seesami esindaja nimi	Kuupäev	Allkiri
---------------------------------	--	---------	---------