

# Tervisekindlustuse hüvitistaotlus

(palume täita trükitähtedega)

<b>Kindlustusleping</b>	Poliisi number	Perioodi alguskuupäev	Perioodi 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
	IBAN		Pank
<b>Juhtum</b>	Raviteenuse kasutamise kuupäev	Teenust osutanud raviasutus	
<b>Juhtumi kirjeldus</b>	Kirjelda juhtumit		
(Vajadusel kasutage lisalehte)			
<b>Kahju Suurus</b>	<b>Kulu nimetus</b>	<b>Kulu selgitus</b>	<b>Summa EUR</b>
Kas olete saanud juhtumiga seoses tagasimakseid? <input type="checkbox"/> jah <input type="checkbox"/> ei	Pere ja/või eriarstivisiit		
	Eriarsti poolt määratud uuringud, diagnostika, analüüsid		
Palun lisage iga kulu kohta: 1) <b>kulutust tõendav dokument</b>	Haiglaravi		
	Taastusravikulud		
	Hambaravi		
	Prillide, kontaktläätsede kulu		
	Vaktsineerimine		
2) <b>maksmist tõendav dokument</b> (kviitungid, panga väljavõte vms)	Retseptiravimid		
	Muu kulu		

<b>Hüvitistaotlusele lisan</b>	<b>Kuludokumendid:</b> <input type="checkbox"/> teenuse kulu ja tasumist tõendavad dokumendid ..... tk  <b>Juhtumit tõendavad dokumendid:</b> <input type="checkbox"/> Meditsiinilised dokumendid, mis kirjeldavad meditsiiniabi vajadust (patsiendikaardi koopia, koopia eriarsti saatekirjast, haigusloost, traumakaardist jms) .....tk <input type="checkbox"/> Prillide ja kontaktläätsede kulu korral tõend nägemisteravuse muutumise kohta .....tk <input type="checkbox"/> Retseptiravimite hüvitise korral retsepti koopia .....tk <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)					
<b>Märkused</b>						
<b>Kindlustatud isiku või seadusliku esindaja kinnitus ja allkiri</b>	<p>Kinnitan, et ülaltoodud andmed vastavad tõele. Kinnitan, et olen teadlik kindlustuslepingu olemasolust ning olen selle sõlmimise heaks kiitnud.</p> <p>Nõustun sellega, et Seesam töötleb minu isikuandmeid (sh eriliiki isikuandmeid, eelkõige terviseandmeid) üksnes minu kui kindlustatud isiku suhtes sõlmitud kindlustuslepingu täitmise eesmärgil ning ühtlasi annan nõusoleku selleks, et Seesamil on õigus saada juhtumiga seoses informatsiooni ja andmeid asjasse puutuvatelt isikutelt (nt meditsiinasutustelt, raviarstidelt). Olen teadlik, et terviseandmed on isikuandmed, millest ilmneb minu tervislik seisund ning raviajalugu.</p> <p>Nõustun sellega, et Seesam edastab minu eriliiki isikuandmeid üksnes minu kui kindlustatud isiku suhtes sõlmitud kindlustuslepingu täitmise eesmärgil ainult sellistele volitatud töötlejatele, kes on võtnud kohustuse töödelda isikuandmeid kooskõlas kohalduvate Eesti ja Euroopa Liidu isikuandmete töötlemist puudutavate õigusaktidega.</p> <p>Seesam säilitab kogutud eriliiki isikuandmeid seaduses ettenähtud nõuete aegumise tähtaja lõpuni.</p> <p>Rohkem infot isikuandmetega seotud õiguste kohta sisaldub Seesami veebilehel <a href="http://www.seesam.ee">www.seesam.ee</a> pealkirja „Isikuandmete töötlemise põhimõtted“ all.</p> <p><input type="checkbox"/> Nõustun  <input type="checkbox"/> Ei nõustu. Mittenõustumisel olen teadlik, et Seesamil ei pruugi olla võimalik kindlustuslepingust tulenevat täitmise kohustust kindlaks teha ja lepingut täita.</p> <table border="1" data-bbox="384 1097 1460 1176"> <tr> <td data-bbox="384 1097 965 1176">Ees- ja perekonnanimi</td> <td data-bbox="965 1097 1181 1176">Kuupäev</td> <td data-bbox="1181 1097 1460 1176">Allkiri</td> </tr> </table>			Ees- ja perekonnanimi	Kuupäev	Allkiri
Ees- ja perekonnanimi	Kuupäev	Allkiri				
<b>Kindlustusandja</b>	Compensa Vienna Insurance Group, ADB Eesti filiaal, Maakri 19/1, B-hoone 10145 Tallinn, Telefon 628 1700, 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 vastuvõtnud Seesami esindaja nimi	Kuupäev	Allkiri			