



## LAENUMAKSETE KINDLUSTUS AJUTISE TÖÖVÕIMETUSE ja HAIGLARAVI HÜVITISE TAOTLUS

Financial Insurance Company Limited registreeritud Inglismaal nr. 1515187

### 1. KINDLUSTUSVÕTJA ANDMED, täidab kindlustusvõtja

Ees- ja perekonnanimi	Isikukood
Aadress ja postindeks, linn/maakond	
Teie olete <input type="checkbox"/> töötaja <input type="checkbox"/> füüsilisest isikust ettevõtja	Telefon kodus/tööl, e-post

### 2. LAENU ANDMED, täidab pangatöötaja

Pangakontori nimi				
Aadress ja postindeks, linn/maakond				
Laen number 1	Laenu lõpptähtaeg	Laenu jääkväärtus	Kuumakse EUR	Intress % juhtumi hetkel
Laen number 2	Laenu lõpptähtaeg	Laenu jääkväärtus	Kuumakse EUR	Intress % juhtumi hetkel
Kliendi laenuga seotud konto AS SEB Pangas				
E E				
Klienditeenindaja nimi ja telefon			Pangakontori pitsat	
Kuupäev ja koht				

### 3. HAIGUSE/ÕNNETUSE ANDMED, täidab arst ja/või kindlustusvõtja

Haiguse/õnnetuse kohta RHK diagnoos		
Haiguse/õnnetuse kirjeldus (kuidas õnnetus toimus; õnnetusele vahetult eelnenud ja järgnenud sündmused; õnnetuse toimumise kohas viibimise põhjus; milline kehaosa on vigastatud, vigastuste iseloom nt. põrutus, luumurd, haav vms.)		
Haiguse alguspäev ja/või õnnetusjuhtumi päev?	Kus õnnetus juhtus?	Millal pöörduiti käesoleva haiguse/õnnetusjuhtumiga arsti/esmaabi poole?
Raviasutuse nimi ja aadress		
Arsti ees- ja perekonnanimi (allkiri) ja pitsat		

Kas sarnast vigastust on esinenud ka varem? <input type="checkbox"/> JAH <input type="checkbox"/> EI	Kui JAH, siis millal ning milline vigastus
Õnnetuse liik: tööõnnetus <input type="checkbox"/> , olmeõnnetus <input type="checkbox"/> , liiklusõnnetus <input type="checkbox"/> , õnnetus spordivõistlusel <input type="checkbox"/> , õnnetus spordi harrastamisel <input type="checkbox"/>	
Kas kindlustusvõtja oli õnnetusjuhtumi toimumise ajal alkohoolse, narkootilise või toksilise joobe seisundis? <input type="checkbox"/> JAH <input type="checkbox"/> EI	
Kas õnnetuse järgselt pöörduiti politsei vm. asutuse poole? <input type="checkbox"/> JAH <input type="checkbox"/> EI	Kui JAH, siis asutuse nimi ja aadress
Haiglaravil viibimise kuupäevad, haigla nimi ja aadress	

### 4. VAREM ESINENUD RAVI SARNASE HAIGUSE TÕTTU, täidab arst ja/või kindlustusvõtja

Haiguse/õnnetuse kohta RHK diagnoos/kirjeldus	Arsti nimi, haigla nimi ja aadress

**5. TÖÖSUHTE ANDMED, täidab tööandja või füüsilisest isikust ettevõtja**

Juhul kui viimane tööandja ei ole seaduslikult pädev, siis palume Teil pöörduda selleks seadusega määratud pädeva isiku poole täitmaks allolev lõik.

Töötaja ees- ja perekonnanimi	Isikukood		
Töötaja ametinimetus			
Töösuhte alguskuupäev	Haigusest/õnnetusest põhjustatud tööst vabastuse kuupäev	Tööle tagasipöördumise kuupäev	Kui töötaja ei tööta enam ettevõttes, siis töösuhte lõppemise kuupäev
Millises meditsiinisutuses on teostatud töötaja tervisekontrolli ajutise töövõimetus perioodi ajal, millal (nimi ja aadress ning vastav(ad) kuupäev(ad)):			
Tööandja ärinimi ja registrikood		Telefon, Faks, e-post	
Tööandja/esindaja allkiri ja ees- ning perekonnanimi trükitähtedes		Tööandja pitsat	
Kuupäev ja koht			

**6. NÕUSOLEK JA VOLITUS**

- Kohustun käesoleva hüvitistaotluse alusel saadavat kindlustushüvitist kasutama laenu igakuise kokkulepitud tagasimakse tasumiseks. Olen teadlik, et kindlustushüvitise summa kantakse eelnevalt kokkulepitud, minu käesoleva taotluse esilehel märgitud arvelduskontole AS SEB Pangas. Arvelduskontot võib muuta vaid AS SEB Panga ja kindlustusvõtja kokkuleppel.
- Kinnitan, et kõik käesolevas avalduses esitatud andmed on täielikud ja õiged. Olen teadlik, et vale või puuduliku teabe esitamisel on kindlustusandjal Financial Insurance Company Limited õigus hüvitist vähendada või selle väljamaksmisest keelduda.
- Käesolevaga volitan Financial Insurance Company Limited'i tegema päringuid, hankima ja saama Eesti Töötukassalt, Eesti Haigekassalt, Maksu- ja Tolliametilt, Sotsiaalkindlustusametilt, arstidelt, ravi-, tervishoiu-, sotsiaalkindlustus- ja ekspertiisiasutustelt, õiguskaitseseorganitelt, minu praegustelt ja eelnevatest tööandjalt ning kolmandatelt isikutelt käesoleva taotluse lahendamiseks vajalikku informatsiooni, dokumente ning materjale.
- Käesolevaga annan Financial Insurance Company Limited'ile nõusoleku töödelda minu kindlustusega seoses minu isikuandmeid, sh isikukoodi, andmeid terviseseisundi, töösuhte jms kohta. Isikuandmete töötlemine on iga isikuandmetega tehtav toiming, automaatne või mitte, sealhulgas isikuandmete kogumine, salvestamine, korrastamine, säilitamine, muutmine, juurdepääsu võimaldamine, päringute teostamine, väljavõtete tegemine, kasutamine, edastamine, riskusutamine, ühendamine, sulgemine, kustutamine või hävitamine või mitu eeltoodud toimingut, sõltumata toimingute teostamise viisist või kasutatavatest vahenditest. Samuti nõustun minu isikuandmete edastamisega teise Euroopa Liidu liikmesriiki. Olen teadlik, et mul on õigus nõuda minu ebaõigete isikuandmete parandamist ja pöörduda selleks Financial Insurance Company Limited'i Isikuandmete Õigusvahemehe poole [AXA, nimekast nr.57 Tallinna Peapostkontor 10502 Tallinn].

Financial Insurance Company Limited kohustub informeerima AS SEB Panka hüvitistaotluste suhtes tehtud otsustest ja maksma hüvitist kokkulepitud arvelduskontole.

**KINDLUSTUSVÕTJA ALLKIRI**

KUUPÄEV JA KOHT

KINDLUSTUSVÕTJA EES- ja PEREKONNANIMI TRÜKITÄHTEDES

**7. DOKUMENDID, MIS PEAB ESITAMA KINDLUSTUSANDJALE**

Kindlustusvõtja on kohustatud koos hüvitistaotlusega saatma AXAle alljärgnevate dokumentide originaalid või vastava dokumendi väljastava ameti poolt kinnitatud koopiad:

- Nõuetekohaselt täidetud käesolev **hüvitistaotlus** (st kõik andmeväljad sisaldavad loetavalt kirjutatud vastuseid ja andmeid);
- Arstitõend, **töövõimetusleht** (milles on märgitud haiguse ja/või õnnetuse algus- ja lõppkuupäev, töövõimetus perioodi alg-, ning juhul, kui see on teada hüvitistaotluse esitamise ajal - lõppkuupäev), haiguslugu (epikriis) meditsiinilise RHK diagnoosiga, ja võimalusel, meditsiinilised alusandmed (analüüsid, uuringud, analüüside/testide tulemused, röntgen jne) ning haiglaravi puhul (vajadusel) haigla nimetus ja dokument haiglaravi algus- ning lõppkuupäevaga;
  - **Õnnetust käsitlevad dokumendid** (nt esmaabi (nt kiirabikaart), politsei või päästeameti toimingute kohta);
  - **Arstliku ekspertiisi otsus** (olemasolul) töövõimetus kohta;
- **Kui kindlustusvõtja on töötaja**, siis tööandja tõend kindlustusvõtja töösuhte kohta haiguse/õnnetuse toimumise päeva seisuga (juhul kui avalduse osa 5 on täitmata);
- **Kui kindlustatu on füüsilisest isikust ettevõtja (FIE)**, siis tõend ettevõtluse kohta haiguse/õnnetuse toimumise päeva seisuga; vastavate registriandmete (äriregister, Maksu- ja Tolliameti register) väljavõte; maksukohustuslaste registri andmed sotsiaalmaksu tasumise kohta vahetult õnnetusele/haigestumisele eelnenud perioodil;
- **Laenu tagasimaksegraafik kindlustuse jaoks AS SEB Pangas.**

Kõik kulud, mis on seotud käesoleva hüvitistaotluse ja selle lisade saamise ning esitamisega, kannab kindlustusvõtja. Kindlustaja võtab vastu dokumente ning käesolevat avaldust, mis on täidetud kas eesti-, vene- või inglise keeles.

Palun täitke käesolev hüvitistaotlus hoolikalt ja veenduge, et kõikidele küsimustele on täielikult vastatud. Ainult korrektselt täidetud ja kõikide nõuetekohaste lisadokumentidega varustatud hüvitistaotluse saame lahendada viivituseeta. Puudulikult täidetud või puuduva lisaga hüvitistaotlust ei menetleta. Omavastutus ajutise töövõimetus korral on 30 päeva. FIE omavastutus haiglaravi korral on 7 päeva.



Kui hüvitistaotlus on nõuetekohaselt täidetud ja lisadokumentidega varustatud, siis postitage järgnevale aadressile:

**AXA, nimekast nr.57, Tallinna Peapostkontor, 10502 Tallinn.**

**Ülaltoodu võite meile edastada ka digitaalselt allkirjastatult klienditeeninduse e-posti aadressile**

Telefonil +372 6622001 tööpäeviti kl.10-15, e-post [clp.ee.klienditeenindus@partners.axa](mailto:clp.ee.klienditeenindus@partners.axa), Internet <http://clp.partners.axa/ee>