

# HÜVITISTAOTLUS

Laenuvõtja kindlustus

Töövõimetus     Soovimatu töökaotus     Surm

<b>PALUME TÄITA TRÜKITÄHTEDEGA</b>		Kahjutoimiku number (täidab kindlustusandja)
<b>Kindlustusvõtja</b>	Nimi	Isikukood
	Aadress	Telefon/e-post
	Töökoht	Amet
	Laenulepingu nr	Laenumakse viitenumber

## TÖÖVÕIMETUS/SURM

(Kindlustusvõtja töövõimetus korral täidab kindlustusvõtja, kindlustusvõtja surma korral kindlustusvõtja pärija või soodustatud isik)

<b>Kindlustusvõtja töövõimetusel eelnenud tervislik seisund</b>	Kindlustusvõtja kroonilised haigused ja püsivad tervisehäired.	
	Raviasutused, kus kindlustusvõtja on end kahe viimase aasta jooksul ravinud.	
	Kindlustusvõtja haigused viimase aasta jooksul. Haiguse iseloom, raviaeg.	
<b>Õnnetusjuhtumi-, haigestumis- või surmateave</b>	Toimumisaeg Kuupäev ____/____/____ Kellaaeg ____	Toimumiskoht
	Õnnetuse liik <input type="checkbox"/> Tööõnnetus <input type="checkbox"/> Õnnetus spordivõistlusel <input type="checkbox"/> Õnnetus spordiharrastusel <input type="checkbox"/> Olmeõnnetus <input type="checkbox"/> Liiklusõnnetus	
	Juhtumi kirjeldus (kuidas toimus, milline kehaosa on vigastatud, diagnoos vms).	
	Kas kannatada saanud kehaosa on olnud ka varem vigastatud? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah    Kui jah, siis palume märkida, millal.	

<b>Töövõimetus- ja raviteave</b>	Millal pöördus kindlustusvõtja esmakordselt arsti poole? Kuupäev ___/___/___ Kellaeg _____	Raviarsti nimi
	Raviasutuse nimetus, aadress.	
	Millist ravi kindlustusvõtjale osutati? Palume lisada arsti tõendi diagnoosi ja määratud ravi (sh protseduuride ja ravimite) kohta.	
	Kas kindlustusvõtja viibis haiglas? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis palume märkida, kui kaua ja millises haiglas. Lisada väljavõtte haigusloost.	
	Milliste arstide abi on kindlustusvõtja hiljem kasutanud? Millises haiglas/raviasutuses?	
	Kui kaua oli kindlustusvõtja töövõimetu? Lisada töövõimetusleht.	
<b>Muu teave</b>	Kas pärast õnnetust on kindlustusvõtja pöördunud politseisse? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis lisada dokument kriminaalasja algatamise/peatamise/lõpetamise vms kohta.	
	Kas kindlustusvõtja oli õnnetuse toimumisel alkoholihoobes, narkootiliste või psühhotroopsete ainete mõju all? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis märkida tarvitatud kogus.	

**SOOVIMATU TÖÖKAOTUS**

(Palume täita kindlustusvõtja töökaotuse korral)

Viimase tööandja nimetus	Töökoha aadress, kontakttelefon	Töötaja ametinimetus
Töösuhte alguskuupäev	Millal teavitati esimest korda eelseisvast töölt vabastamisest?	Töösuhte lõppkuupäev
Kas töö oli täistööajaga? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah	Töötunde nädalas	
Kas töösuhe oli määratud tähtajaga? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis märkida töösuhte alguskuupäev ja lõppkuupäev.		
Kas kindlustusvõtja lõpetas töösuhte omal soovil? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis märkida põhjus.		
Kas kindlustusvõtja tegeleb ettevõtlusega (füüsilisest isikust ettevõtjana)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah		
Kas kindlustusvõtja on asunud tööle uues kohas? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah Kui jah, siis palume märkida uue töösuhte alguskuupäev ja uue tööandja nimi.		
Kas kindlustusvõtja oli endise tööandja äriühingus partner/osanik (aktsionär)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah		
Kas kindlustusvõtja endine tööandja on tema sugulane? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah		

**Kinnitan, et ülaltoodud andmed on õiged ja täielikud. Tean, et kui olen esitanud vale või puuduliku teabe, siis on kindlustusandjal õigus hüvitatavat summat vähendada või hüvitise väljamaksmisest keelduda. Olen teadlik, et tulenevalt kindlustuslepingu tingimustes sätestatust on kindlustusandjal õigus saada kahjujuhtumit puudutavat täiendavat teavet seda valdavalt isikutelt.**

<b>Allkiri</b>	Avalduse täitmise koht ja kuupäev	Kindlustusvõtja või tema esindaja nimi ja allkiri
----------------	-----------------------------------	---

**Kahjukäsitlus:**

ERGO Kindlustuse ASI isikukahjude osakond  
A. H. Tammsaare tee 118c, 12917 Tallinn  
Tel (+372) 626 7220, e-post [laenukindlustus@ergo.ee](mailto:laenukindlustus@ergo.ee)