

| | | | |
|--|---|--|--|
| Lepingu number: | | Kuupäev: | |
| Kindlustatu (kannatanu) | | Isikukood: | |
| Ees- ja Perekonnanimi: | | Amet: | |
| Tööandja / Õppeasutus: | | | |
| Juhtum: | <input type="checkbox"/> trauma | <input type="checkbox"/> invaliidisus | <input type="checkbox"/> kriitiline haigus |
| Vigastuse iseloom ja asjaolud / Haiguse diagnoos: | | | |
| | | | |
| Juhtumi koht, kellaaeg ja kuupäev /Kriitilise haiguse diagnoosimise kuupäev: | | | |
| | | | |
| Raviasutused, kuhu pöörduiti esmaabi ja järelravi saamiseks ning pöördumise aeg: | | | |
| | | | |
| Kindlustatu haiguslugu omava raviasutuse või perearsti nimi: | | | |
| | | | |
| Kas juhtumist teavitati politseid (kui jah, siis teavitamise kuupäev)? <input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei | | | |
| | | | |
| Lisatud dokumendid: | | | |
| <input type="checkbox"/> Ravidokumendid, originaalid/koopiad, palun märki lisatud dokumentide arv: | | <input type="checkbox"/> Röntgenülesvõtted, palun märki lisatud dokumentide arv: | |
| <input type="checkbox"/> Koopia kindlustatud alaealise lapse sünnitunnistusest | | <input type="checkbox"/> Koopia Soodustatu isikuttõendavast dokumendist | |
| <input type="checkbox"/> Muud dokumendid: | | | |
| Juhtumi kohta teabe edastaja ees- ja perekonnanimi (Teavitaja): | | | |
| <input type="checkbox"/> Kindlustatu | <input type="checkbox"/> Kindlustatu seaduslik esindaja | Seos Kindlustatuga: | |
| <input type="checkbox"/> Kui muu isik, palun lisa Ees- ja Perekonnanimi: | | Isikukood: | |
| Teavitaja andmed: | | | |
| Kontaktaadress: | | | |
| | | | |
| E-mail: | | Telefon: | |
| <input type="checkbox"/> Nõustun kahjukäsitluse kohta teateid saada turvalise e-posti kaudu NB! Isikuandmete kaitsmiseks on Mandatum Life üle minemas krüpteeritud e-posti kasutamisele. Saadame Teie poolt esitatud e-postile kutse lingiga kasutada turvalist kirjasüsteemi. Kutses olevale lingile vajutades süsteem võib küsida identifitseerimiseks PIN koodi, mis edastatakse SMS teel Teie telefoninumbri. Turvalises süsteemis saab avada kirja 14 päeva, mille jooksul palume kiri salvestada. Pärast tähtaja möödumist kustutab süsteem kirja automaatselt. | | | |
| Hüvitise maksmine (NB! Kindlustushüvitis makstakse selleks õigustatud isikule): | | | |
| Saaja arvelduskonto number: | | Pank: | |
| Saaja Ees- ja Perekonnanimi: | | Isikukood: | |
| Maksu-residentsuse riik: | | | |
| Kinnitan, et käesolevas avalduses esitatud andmed on täielikud ja tõesed: | | | |
| Kindlustatu või tema seadusliku esindaja Ees- ja Perekonnanimi, kuupäev: | | Allkiri: | |
| Avalduse vastuvõtja ning Kindlustatu või tema esindaja isiku tuvastaja: | | | |
| Ees- ja Perekonnanimi, amet, kuupäev: | | Allkiri: | |