

Õnnetusjuhtumikindlustuse avaldus ÕA

Kindlustusvõtja

Ees- ja perekonnanimi/äriühing	Isikukood/registrikood
Address	Telefon

Kindlustatud isik

Ees- ja perekonnanimi	Isikukood	
Address		
Töökoht	Amet	Telefon

Küsimused kindlustatud isiku kohta

		Lisainformatsioon
1. Kas Te põete kroonilisi haigusi ja kasutate regulaarselt ravimeid?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____
2. Kas Teil on olnud viimase 5 a jooksul tõsiseid kehavigastusi?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____
3. Kas Te tegelete/hakkate tegelema riskantsete hobide või spordialadega?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____
4. Kas Teil on viimase 5 a jooksul makstud hüvitisi õnnetusjuhtumikindlustuslepingute alusel?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____
5. Kas Teil on hetkel jõusolevaid isikukindlustuslepinguid?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____
6. Kas Teie nägemis- või kuulmisvõime on kahjustunud, kas Teil on kehalisi puudeid?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____

Kindlustussummad

Surmajuhtumi kindlustushüvitis	Invaliidistumise kindlustushüvitis	Päevaraha	Haigla päevaraha
Sõlmiv leping on <input type="checkbox"/> Esmane <input type="checkbox"/> Järgleping _____			

Soodustatud isik

Ees- ja perekonnanimi/äriühing / isikukood/registrikood	
Surmajuhtumi korral	
Invaliidistumise korral	
Ajutise töövõimetuse korral	
Kindlustusvõtja on kindlustusvaldusega seotud 30 päeva peale avalduse esitamist kindlustusandjale. QBE Kindlustuse Eesti AS ei võimalda kohest kindlustuskaitset. Kindlustusleping jõustub kindlustuspoliisil märgitud kindlustusperioodi alguskuupäeval. Kui Kindlustusvõtja ei ole 14 päeva jooksul pärast kindlustuslepingu sõlmimist tasunud (esimest) kindlustusmakset võib kindlustusandja kuni makse tasumiseni lepingust taganeda. Pädev kindlustusjärelvalve: Finantsinspeksioon, Sakala 4, 15030 Tallinn	

Täidab Kindlustusandja

Kindlustusmakse	Kindlustusperiood		
	Algus 200 a Lõpp 200 a		
Kindlustuskaitse ulatus <input type="checkbox"/> Ööpäevaringne <input type="checkbox"/> Tööajal <input type="checkbox"/> Muu			
Tasumise tähtaeg			
Osamaksed			
Eritingimused			

Kindlustusvõtja deklaratsioon

Kinnitan oma allkirjaga, et minu poolt avalduses esitatud andmed on tõesed. Valeandmete esitamine võib olla kindlustusandjale aluseks hüvitise väljamaksmisest keeldumiseks. Käesolev avaldus on kindlustuslepingu lahutamatu osa.

Kindlustusandja/esindaja

Nimi	
Kuupäev	200 a
Allkiri	Kood

Kindlustatud isik

Nimi	
Kuupäev	200 a
Allkiri	

Kindlustusvõtja

Nimi	
Kuupäev	200 a
Allkiri	



Õnnetusjuhtumikindlustuse avaldus ÕA

Kindlustusvõtja

Ees- ja perekonnanimi/äriühing	Isikukood/registrikood
Address	Telefon

Kindlustatud isik

Ees- ja perekonnanimi	Isikukood	
Address		
Töökoht	Amet	Telefon

Küsimused kindlustatud isiku kohta

		Lisainformatsioon
1. Kas Te põete kroonilisi haigusi ja kasutate regulaarselt ravimeid?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____
2. Kas Teil on olnud viimase 5 a jooksul tõsiseid kehavigastusi?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____
3. Kas Te tegelete/hakkate tegelema riskantsete hobide või spordialadega?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____
4. Kas Teil on viimase 5 a jooksul makstud hüvitisi õnnetusjuhtumikindlustuslepingute alusel?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____
5. Kas Teil on hetkel jõusolevaid isikukindlustuslepinguid?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____
6. Kas Teie nägemis- või kuulmisvõime on kahjustunud, kas Teil on kehalisi puudeid?	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	_____

Kindlustussummad

Surmajuhtumi kindlustushüvitis	Invaliidistumise kindlustushüvitis	Päevaraha	Haigla päevaraha
Sõlmitav leping on <input type="checkbox"/> Esmane <input type="checkbox"/> Järgleping _____			

Soodustatud isik

Ees- ja perekonnanimi/äriühing / isikukood/registrikood	
Surmajuhtumi korral	
Invaliidistumise korral	
Ajutise töövõimetuse korral	
Kindlustusvõtja on kindlustusvaldusega seotud 30 päeva peale avalduse esitamist kindlustusandjale. QBE Kindlustuse Eesti AS ei võimalda kohest kindlustuskaitset. Kindlustusleping jõustub kindlustuspoliisil märgitud kindlustusperioodi alguskuupäeval. Kui Kindlustusvõtja ei ole 14 päeva jooksul pärast kindlustuslepingu sõlmimist tasunud (esimest) kindlustusmakset võib kindlustusandja kuni makse tasumiseni lepingust taganeda. Pädev kindlustusjärelvalve: Finantsinspeksioon, Sakala 4, 15030 Tallinn	

Täidab Kindlustusandja

Kindlustusmakse	Kindlustusperiood		
	Algus 200 a Lõpp 200 a		
Kindlustuskaitse ulatus <input type="checkbox"/> Ööpäevaringne <input type="checkbox"/> Tööajal <input type="checkbox"/> Muu			
Tasumise tähtaeg			
Osamaksed			
Eritingimused			

Kindlustusvõtja deklaratsioon

Kinnitan oma allkirjaga, et minu poolt avalduses esitatud andmed on tõesed. Valeandmete esitamine võib olla kindlustusandjale aluseks hüvitise väljamaksmisest keeldumiseks. Käesolev avaldus on kindlustuslepingu lahutamatu osa.

Kindlustusandja/esindaja

Nimi	
Kuupäev	200 a
Allkiri	Kood

Kindlustatud isik

Nimi	
Kuupäev	200 a
Allkiri	

Kindlustusvõtja

Nimi	
Kuupäev	200 a
Allkiri	