

Lepingu nr:		Kuupäev:	
Kindlustatu (kannatanu) ees- ja perekonnanimi:		Isikukood:	
Tööandja/õppeasutus:		Amet:	
Juhtum:	trauma	invalidsus	kriitiline haigus
Vigastuse iseloom/ Haiguse diagnoos:			
Juhtumi asjaolude kirjeldus:			
Juhtumi koht, kellaeg 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?			
Jah Ei Kui „Jah“, siis teavitamise kuupäev: _____			
LISATUD DOKUMENDID			
Ravidokumendid, originaalid/koopiad, röntgenülesvõtted		Palun märki lisatud dokumentide arv:	
Koopia Soodustatu isikuttõendavast dokumendist, koopia kindlustatud alaealise lapse sünnitunnistusest			
Muud dokumendid: _____			
JUHTUMI KOHTA TEATE EDASTAJA EES- JA PEREKONNANIMI (TEAVITAJA)			
Kindlustatu	Kindlustatu seaduslik esindaja	Seos Kindlustatuga:	
Kui muu isik, palun lisa ees-ja perekonnanimi:		Isikukood:	
TEAVITAJA ANDMED			
Kontaktaadress: _____			
E-post: _____		Telefon: _____	
Nõustun menetlemise kohta teateid saama e-mailile _____			
NB! 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.			
KINDLUSTUSHÜVITISE MAKSMINE (NB! HÜVITIS MAKSTAKSE SELLEKS ÕIGUSTATUD ISIKULE)			
Hüvitise saaja arvelduskonto number:		Pank:	
Hüvitise saaja ees- ja perekonnanimi:		Isikukood:	
Maksuresidentsuse riik: _____			
KINNITAN, ET KÄESOLEVAS AVALDUSES ESITATUD ANDMED ON TÄIELIKUD JA TÕESED			
Soodustatud isiku/seadusliku esindaja ees-ja perekonnanimi:		Allkiri:	Kuupäev:
Avalduse vastuvõtja, soodustatud isiku tuvastaja:			
Ees- ja perekonnanimi, amet:		Allkiri	Kuupäev: