

| | | | |
|---|---|---|--------------------------------|
| 4.) ANDMED KINDLUSTUSVÕTJA TÖÖSUHTE KOHTA, täidab tööandja või füüsilisest isikust ettevõtja | | | |
| Teie viimane tööandja peab täitma alljärgneva osa taotlusest. Juhul kui eelmine tööandja ei ole kohustatud seda tegema, siis pöörduge seadusega selleks määratud päeva isiku poole. | | | |
| Töötaja ees- ja perekonnanimi | | Isikukood | |
| Töötaja ametinimetus | | | |
| Töösuhte alguskuupäev | Haigusest /õnnetusest põhjustatud tööst vabastuse kuupäev | | Tööle tagasipöördumise kuupäev |
| Millises meditsiiniuasutuses on teostatud töötaja tervisekontroll ajutise töövõimetus perioodi ajal, millal (nimi ja aadress ning vastav(ad) kuupäev(ad)): | | | |
| | | | |
| Kui töötaja ei tööta enam Teie ettevõttes, siis palun märkige töösuhte lõppemise kuupäev: | | | |
| Tööandja ärinimi ja registrikood | | | |
| | | Telefon | Faks e-post |
| Kuupäev ja koht | | | |
| Tööandja/esindaja allkiri ja ees- ning perekonnanimi trükitähtedes | | Pitsat | |
| | | | |
| 5.) KINDLUSTUSVÕTJA NÕUSOLEK JA VOLITUS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Kohustun käesoleva hüvitistaotluse alusel saadavat kindlustushüvitist kasutama laenu igakuise kokkulepitud tagasimakse tasumiseks. Olen teadlik, et kindlustushüvitise summa kantakse eelnevalt kokkulepitud, 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 Genworth Financial õigus hüvitist vähendada või selle väljamaksimisest keelduda. Käesolevaga volitan Financial Insurance Company Limited'i (Genworth Financial) tegema päringuid, hankima ja saama Tööturuametilt, Eesti Haigekassalt, Maksu- ja Tolliametilt, Sotsiaalkindlustusametilt, arstidelt, ravi-, tervishoiu-, sotsiaalkindlustus- ja ekspertiisiasutustelt, õiguskaitseorganitelt, minu praegustelt ja eelnevatest tööandjatest ning kolmandatelt isikutelt käesoleva taotluse lahendamiseks vajalikku informatsiooni, dokumente ning materjale. Käesolevaga annan Genworth Financial'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, riskasutamine, 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 Genworth Financial isikuandmete Õigusvahemehe poole [Genworth Financial, nimekast nr.57 Tallinna Peapostkontor 10502 Tallinn]. | | | |
| Genworth Financial kohustub informeerima AS SEB Panka hüvitistaotluste suhtes tehtud otsustest ning maksma hüvitise eelnevalt kokkulepitud arvelduskontole. | | | |
| Kuupäev ja koht | | | |
| Kindlustusvõtja allkiri | | Kindlustusvõtja ees- ja perekonnanimi trükitähtedes | |
| | | Aadress, postiindeks | |
| NB! DOKUMENDID, MIS TE PEATE KINDLUSTUSANDJALE ESITAMA | | | |
| Kindlustusvõtja on kohustatud koos hüvitistaotlusega saatma Genworth Financial 'ile alljärgnevate dokumentide originaalid või vastava dokumendi väljastava ameti poolt kinnitatud koopiad: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 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 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 (vajadusel) tööandja tõend kindlustusvõtja töösuhte kohta haiguse/õnnetuse toimumise päeva seisuga (juhul kui avalduse osa 4 on täitmata); Kui kindlustatu on füüsilisest isikust ettevõtja (FIE), siis tõend ettevõtluse kohta õnnetusele/haigusele 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. | | | |
| NB! Omavastutus ajutise töövõimetus korral on 30 päeva. FIE omavastutus haiglaravi korral on 7 päeva. | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Kui olete hüvitistaotluse nõuetekohaselt täitnud ja lisadokumentidega varustanud, siis palun saatke see koos lisadokumentidega alljärgnevale aadressile: Genworth Financial: Nimekast nr.57 Tallinna Peapostkontor 10502 Tallinn Lisainformatsiooni hüvitistaotluste kohta saate telefonil +372 6622001 või elektroonselt klenditeenindus@genworth.com</p> </div> | | | |