

KAHJUTEADE

NOTIFICATION OF LOSS

Eesti Golfi Liidu poliis nr. 102-4412 / Estonian Golf Association, policy nr 102-4412

TÄIDA ÄRA KÕIK VÄLJAD / FILL IN ALL SECTIONS

Kahjunõude esitaja andmed /Claimant's personal data	Nimi /Name		Isikukood /Personal identity nr		
	EGL HCP Litsentsi nr /EGL HCP License nr				
	Address /Street address		Indeks /Postal code	Linn /City	
	E-posti address /E-mail address: Kas Teiega võib ühendust võtta e-maili teel ? /may Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	Telefon /Telephone		Pangakonto nr /Bank and account nr		
Kahjujuhtumi asjaolud /Data on loss event	Eesti Golfi liidu liige? <input type="checkbox"/>		Kahju toimumise aeg (kuupäev ja kellaeg) /Time of loss (date and time)		
	Kahju liigitus /Loss: Hole in One <input type="checkbox"/>		Lisatud dokumendid /Attached documents: Tulemuskaardi koopia /Copy of the scorecard <input type="checkbox"/> Baarikviitung /Original receipt of the drinks <input type="checkbox"/> Golfiklubi kirjalik kinnitus /Written confirmation of the club <input type="checkbox"/>		
	Püsiv täielik invaliidsus /Permanent total Disability <input type="checkbox"/>		Arstitõend /Proof from Physician <input type="checkbox"/>		
	Tahmatu vara kahjustamine /Accidental damage <input type="checkbox"/>		Teised tõendid /Any other statements <input type="checkbox"/>		
	Kahjujuhtumi lühikirjeldus /Short description of the loss event				
	<input type="checkbox"/> jätkub eraldi lehel /continues on a separate attachment				
Kahjusumma /Claim	€				
Allkiri /Signature	<p>Kinnitan, et selles kahjuteates esitatud andmed on õiged ja korrektsed. Kahju menetlemise eesmärgil, luban kindlustusandjal omandada vajalikke selgitusi arstidelt, Haigekassalt või mistahes muudelt asutustelt, kel on informatsiooni minu ja minu tervisliku seisundi kohta. Käesolevaga kindlustatud isik on nõus, et Chartis Soome ja/või Chartise esindajad töötlevad Tema isikuandmeid (s.h delikaatseid isikuandmeid) kooskõlas kindlustuslepingu tingimustega, eesmärgiga hallata kahjunõuete protsessi ja tagamaks kõik õigused ja kohustused kindlustuslepingus sätestatud perioodiks. /I declare that the information given in this notification is true and correct. For the purpose of handling this claim, I authorize the company to acquire whatever clarifications it may deem necessary from doctors, the Social Insurance Institution and any other establishments or persons processing information about me and my state of health. The Insured hereby consents to Chartis Finland and /or their agents processing their personal data (including sensitive personal data) in accordance with the terms and conditions of the insurance policy for the purpose of administering the claims process and settling all rights and obligations for the period necessary under the policy.</p> <p>Koht ja aeg /Place and date</p> <p style="text-align: right;">Kahjunõude esitaja allkiri /Claimant's signature</p>				
Kindlustusandja /Insurance company	Chartis Europe S.A. (Finland) Kasarmikatu 44 FIN-00130 HELSINKI	Kindlustusvahendaja /Insurance intermediary	IIZI Kindlustusmaakler AS Pärnu mnt 158/1 11317 TALLINN		