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
	Aadress /Street address	Indeks /Postal code	Linn /City
	E-posti aadress /E-mail address: Kas Teiega võib ühendust võtta e-maili teel ? /may you be contacted by e-mail?		Yes ☐ No ☐
	Telefon /Telephone	Pangakonto nr /Bank and account nr	

Kahjujuhtumi asjaolud /Data on loss event	Eesti Golfi liidu liige ☐ Membership in Estonian Golf Association	Kahju toimumise aeg (kuupäev ja kellaaeg) /Time of loss (date and time)
	Kahju liigitus /Loss: Hole in One ☐ Tahtmatu kehavigastuse tekitamine ☐ /Accidental Bodily Injury Tahtmatu vara kahjustamine /Accident dan ☐ Püsiv täielik invaliidsus /Permanent tot Dis ☐	Lisatud dokumendid /Attached documents: Tulemuskaardi koopia /Copy of the scorecard ☐ Baarikviitung /Original receipt of the drinks ☐ Tunnistajate kinnitused /Witnesses statements ☐ Golfiklubi sekretäri kirjalik kinnitus /Written confirmation of the Golf secretary ☐ Arstitõend /Physician's certificate ☐ Teised tõendid /Any other statements ☐
	Kahjujuhtumi lühikirjeldus /Short description of the loss event	
	☐	
Kahjusumma /Claim amount	€	
Allkiri /Signature	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. Koht ja aeg /Place and date Kahjunõude esitaja allkiri /Claimant's signature	

Kindlustusandja /Insurance company	AIG Europe Limited (Finland Branch Kasarmikatu 44 FIN-00130 HELSINKI	**Kindlustusvahendaja** /Insurance intermediary	Insta Kindlustus AS Pärnu mnt 158/1 11317 TALLINN