

Kahjunõude esitamise vorm

Alloleva vormi täitmisel saad teavitada oma kahjunõudest kindlustusandjale Lloyd's Insurance Company S.A.PAT5404 kes on tervishoiuteenuse osutajaga sõlminud vastutuskindlustuslepingu.

Kas sa oled:

- ☐ Patsient
- ☐ Ülalpeetav
- ☐ Pärija
- ☐ Muu isik

Sinu nimi

Sinu isikukood

Sinu e-posti aadress

Sinu telefoninumber

Kuupäev, millal Sa said teada raviveast või vigastusest

Sinu kahjunõudega seotud kahjujuhtumi (ravivea) toimumise aeg

Jätka vormi täitmist järgmisel leheküljel

Kahjunõude kirjeldus

Kirjelda siin kahjunõude asjaolusid ning saadud vigastusi. Lisa ka teave ravi toimumise kohta (raviasutus ja selle aadress) ja ravi teostanud arsti või arstide nime kohta (niipalju kui tead).

Käesoleva vormi täitmise kuupäev

Täidetud kahjunõude vormi saad esitada kahjunõuete vastuvõtjale:

E-posti teel: medmal@denisglobal.com

Posti teel aadressil: Hobujaama 4 Tallinn 10151

Täiendavaks infoks ja abiks helista: +372 6028559 (tööpäevadel kl10-14)