



Pieteikuma Nr. \_\_\_\_\_

Lietas Nr. \_\_\_\_\_

## Atlīdzības pieteikums nelaimes gadījumu apdrošināšanā

### PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, Uzvārds \_\_\_\_\_ Personas kods \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adrese \_\_\_\_\_ LV- \_\_\_\_\_

Tālrunis \_\_\_\_\_ E-pasts \_\_\_\_\_

### APDROŠINĀTAIS

Polises numurs \_\_\_\_\_ Darbības periods no \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . līdz \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

Vārds, Uzvārds \_\_\_\_\_ Personas kods \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adrese \_\_\_\_\_ LV- \_\_\_\_\_

Tālrunis \_\_\_\_\_ E-pasts \_\_\_\_\_

### ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU

Negadījuma datums: 20 \_\_\_\_\_ . gada \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ , precīzs laiks, plkst. \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ . Negadījuma vieta: valsts \_\_\_\_\_

Pilsēta, apdzīvota vieta \_\_\_\_\_

Par negadījumu paziņots:

Policijai (kādai) \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ . gada \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ plkst. \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Citam (kam) \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ . gada \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ plkst. \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Nav ziņots

### NEGADĪJUMA RAKSTURS

Sadzīves trauma  Darba trauma  Ceļu satiksmes negadījums  Sporta trauma

Cits \_\_\_\_\_

### NEGADĪJUMA APRAKSTS (Detalizēti, hronoloģiskā secībā. Ja nepieciešams, pievienojiet uz atsevišķas lapas.)

---

---

---

---

---

---

---

---

### PIRMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA

Datums: 20 \_\_\_\_\_ . gada \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ plkst. \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ . Ārstniecības iestāde \_\_\_\_\_

Atlīdzības pieteikums nelaimes gadījumu apdrošināšanā

Lapa 1 no 4

### PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS

Paraksts \_\_\_\_\_ Datums: 20 \_\_\_\_\_ . gada \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_



**ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDE (-ES), KURĀ (-ĀS) SAŅEMTA MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA SAISTĪBĀ AR NEGADĪJUMU**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ĀRSTA SLĒDZIENS, DIAGNOZE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ĀRSTĒŠANĀS LAIKS**

No 20 \_\_\_\_ . gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ līdz 20 \_\_\_\_ . gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ , tai skaitā slimnīcā \_\_\_\_\_ dienas

**VAI IZSNIEGTA DARBA NESPĒJAS LAPA**

Nē  Jā  No 20 \_\_\_\_ . gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ līdz 20 \_\_\_\_ . gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**VAI NEGADĪJUMA BRĪDĪ BIJĀT ALKOHOLA VAI CITU APREIBINOŠU VIELU IETEKMĒ?**

Nē  Jā

**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS PIEPRAŠĪTĀJS**

Apdrošinātais  Labuma guvējs  Mantinieks  Pilnvarota persona  Cits \_\_\_\_\_

**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT AR PĀRSKAITĪJUMU**

Saņēmējs \_\_\_\_\_

Saņēmēja personas kods / Reģ. Nr.: \_\_\_\_\_ Bankas nosaukums \_\_\_\_\_

Konta Nr.: \_\_\_\_\_

**PIETEIKUMAM PIEVIENOTIE DOKUMENTI (vajadzīgo atzīmēt ar "X")**

Ārsta izziņa par negadījuma faktu (oriģināls)  Darba nespējas lapas kopija

Izraksti no ārstniecības iestādēm \_\_\_\_\_ skaits  RTG \_\_\_\_\_ skaits Vai RTG atgriezt?  Nē  Jā

Citi dokumenti (uzskaitījums, skaits) \_\_\_\_\_

Atlīdzības pieteikums nelaimes gadījumu apdrošināšanā

Lapa 2 no 4

**PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS**

Paraksts \_\_\_\_\_ Datums: 20 \_\_\_\_ . gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_



**LĒMUMU PAR APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU PAZIŅOT:**

- Rakstiski pa pastu uz sekojošu adresi: \_\_\_\_\_
- Rakstiski uz sekojošu e-pasta adresi: \_\_\_\_\_
- Mutiski zvanot uz sekojošu telefona numuru: \_\_\_\_\_
- Īsziņas veidā uz sekojošu telefona numuru: \_\_\_\_\_

“Baltijas Apdrošināšanas Nams” AAS apstrādās Jūsu personas datus apdrošināšanas līguma izpildes mērķim saskaņā ar Eiropas Savienības un Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām attiecībā uz personas datu aizsardzību. Papildus informācija par personas datu apstrādi <https://www.ban.lv/kompanija/privatuma-politika/>.

**!!! Negadījuma raksturs prasa veselības datu apstrādi. Apdrošinātais aizpilda Pieteikuma 4.lapu.**

**PARAKSTOT ŠO PIETEIKUMU APLIECINU, KA:**

Augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai.

Esmu informēts (-a), ka sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS ir tiesības neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, un es varu tikt saukts (-a) pie atbildības Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

**PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS**

Paraksts \_\_\_\_\_ Datums: 20 \_\_\_\_ . gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_



## Piekrišana veselības datu apstrādei

Jums ir tiesības nepiekrīt un neparakstīt šo veidlapu taču, ņemiet vērā, ka šajā gadījumā Apdrošinātājs nevarēs sniegt apdrošināšanas pakalpojumus un izskatīt atlīdzības pieteikumu.

Es, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
vārds, uzvārds personas kods

dodu piekrišanu “Baltijas Apdrošināšanas Nams” AAS

- Manu  
 Mana bērna \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
vārds, uzvārds personas kods

personas datu apstrādei, tajā skaitā īpašu kategoriju (sensitīvo) personas datu, kas saistīti ar veselību, apstrādei. Atļauju saņemt personas datus, t.sk. sensitīvos datus un medicīnisko dokumentāciju (kurā ir norādīta informācija par uzstādīto diagnozi, slimības anamnēzi un iepriekšējo ārstēšanu, diagnozi apstiprinošo izmeklējumu rezultāti, saņemtā ārstēšana un ārstēšanas ilgums, izrakstītie un iegādātie medikamenti u.tml.), no citām juridiskām vai fiziskām personās, t.sk. ārstniecības iestādēm un ārstniecības personām, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma ( \_\_\_\_\_ polises numurs) izpildi un iegūt informāciju, lai pārlicinātos par apdrošināšanas aizsardzības apjomu.

Apliecinu, ka esmu informēts/-a par “Baltijas Apdrošināšanas Nams” AAS Privātuma politiku un tiesībām atsaukt savas piekrišanas jebkurā brīdī. Esmu informēts, ka piekrišanas atsaukšanas gadījumā “Baltijas Apdrošināšanas Nams” AAS nevarēs izpildīt to mērķi, kādam šāda piekrišana tika iegūta un “Baltijas Apdrošināšanas Nams” AAS nevarēs sniegt apdrošināšanas pakalpojumus.

Vieta, datums \_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds / paraksts \_\_\_\_\_

### AIZPILDA APDROŠINĀTĀJA PĀRSTĀVIS

Pieteikumu saņēma \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ . gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Paraksts \_\_\_\_\_