

INFORMĀCIJA PAR NEGADĪJUMĀ CIETUŠO PERSONU

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods _____ - _____

Adrese _____ LV- _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

Cietušās personas loma negadījuma brīdī?

Vadītājs Pasažieris Riteņbraucējs Gājējs Cits _____

Cietušās personas atrašanās vieta negadījuma brīdī?

Cietušajā transportlīdzeklī Izraisītāja transportlīdzeklī Uz ielas Uz ietves Citur _____

CIETUŠAI PERSONAI NODARĪTO ZAUDĒJUMU VEIDS

Cietušās personas ārstēšana Apgādnieka zaudējums Cietušās personas pārejoša darba nespēja

Apbedīšanas izdevumi Cietušās personas darbspēju zaudējums Cits _____

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

ĀRSTNIECISKO PAKALPOJUMU APRAKSTS

VAI CIETUSĪ PERSONA TURPINA ĀRSTĒTIES

Nē Jā, norādīt ārstniecības iestādi _____

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT AR PĀRSKAITĪJUMU

Saņēmējs _____

Saņēmēja personas kods / Reģ. Nr.: _____ Bankas nosaukums _____

Konta Nr.: _____

PIETEIKUMAM PIEVIENOTIE DOKUMENTI (vajadzīgo atzīmēt ar "X")**Cietušās personas ārstēšana**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Izraksts no stacionāra un/vai ambulatorās slimnieka medicīniskās kartes _____ gab. | <input type="checkbox"/> Stingrās uzskaites kvītis _____ gab. |
| <input type="checkbox"/> Ārstējošā ārsta izrakstīto medikamentu recepšu kopijas _____ gab. | <input type="checkbox"/> Ārstniecības iestādes rēķini _____ gab. |
| <input type="checkbox"/> EKA čeki _____ gab. | <input type="checkbox"/> Cits _____ |

Cietušās personas pārejoša darba nespēja

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Darba nespējas lapas A kopija | <input type="checkbox"/> Darba nespējas lapas B kopija |
| <input type="checkbox"/> Izziņa no daba devēja par vidējo darba algu (bruto, neto), 6 mēnešus pirms negadījuma | <input type="checkbox"/> Izziņa no daba devēja, kādā apmērā apmaksāta darba nespējas lapa A |
| <input type="checkbox"/> Izziņa no VSAA par apdrošināšanas iemaksas apmēru, 6 mēneši pirms negadījuma | <input type="checkbox"/> Izziņa no VSAA par piešķirto slimības pabalstu |
| <input type="checkbox"/> Cits _____ | |

Apbedīšanas izdevumi

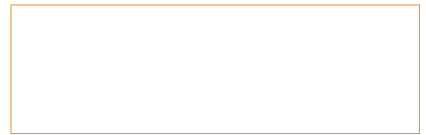
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bojā gājušās personas miršanas apliecības kopija | <input type="checkbox"/> Izziņa/dokuments, kas apliecina apbedīšanas faktu |
| <input type="checkbox"/> Dokuments, kas pamato faktiski iztērētos saprātīgos izdevumus par apbedīšanu _____ gab. | <input type="checkbox"/> Cits _____ |

Apgādnieka zaudējums

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radniecību apliecinoša dokumenta kopija vai notariāli apliecināta kopija | <input type="checkbox"/> Bojā gājušās personas (apgādnieka) miršanas apliecības kopija |
| <input type="checkbox"/> Laulības apliecības kopiju, ja atlidzību pieprasa atraitne (-is) | <input type="checkbox"/> Izziņa no mācību iestādes, ja apgādājama ir bērns |
| <input type="checkbox"/> Invaliditātes izziņas kopija, ja apgādājama ir darbspējīga (invalids) | <input type="checkbox"/> Izziņa par saņemtajiem pabalstiem no valsts un pašvaldību budžeta |
| <input type="checkbox"/> Izziņa no VSAA par apgādnieka apdrošināšanas iemaksas apmēru, 6 mēneši pirms negadījuma | |
| <input type="checkbox"/> Izziņa vai lēmums no VSAA kopija par apgādājamiem piešķirtās apgādnieka zaudējuma pensijas, valsts sociālā nodrošinājuma pabalsta vai atlidzības par apgādnieka zaudējumu sakarā ar nelaimes gadījumu darbā apmēru | |
| <input type="checkbox"/> Bērna dzimšanas apliecības kopija, ja apgādājama ir bērns vecumā līdz 8 gadiem un maksājumi piešķirami darbspējīgai atraitnei (-im) | |
| <input type="checkbox"/> Cits _____ | |

Cietušās personas darbspēju zaudējums

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Invaliditātes izziņas kopija | <input type="checkbox"/> Darba devēja izziņa par darba samaksu (ja turpina strādāt) |
| <input type="checkbox"/> Izziņa no VSAA par apdrošināšanas iemaksas apmēru (ja turpina strādāt) | <input type="checkbox"/> Izziņa par saņemtajiem pabalstiem no valsts un pašvaldību budžeta |
| <input type="checkbox"/> Izziņa vai lēmums no VSAA kopija par piešķirtās/izmaksātās invaliditātes pensijas apmēru vai atlidzības apmēru par darbspēju zaudējumu sakarā ar nelaimes gadījumu darbā | |
| <input type="checkbox"/> Cits _____ | |
| <input type="checkbox"/> Izmeklēšanas vai tiesu iestāžu dokumenti _____ gab. | |



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: _____

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.

Atļauju "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, kā sistēmas pārzinim, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, apdrošināšanas līguma izpildei, saņemt un apstrādāt manus personas datus, un gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs, apdrošinātais un persona, kas paraksta pieteikumu nav viena un tā pati persona, tad es kā persona, kas paraksta negadījuma pieteikumu esmu saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu apdrošinātā objekta īpašnieka un/vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja rakstisku atļauju apstrādāt personas datus, tai skaitā, sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus.

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS

Paraksts _____ Datums: 20 ____ . gada ____ . _____

AIZPILDA APDROŠINĀTĀJA PĀRSTĀVIS

Pieteikumu pieņēma _____ 20 ____ . gada ____ . _____

Paraksts _____