



Atlīdzības pieteikums veselības apdrošināšanā

APDROŠINĀTĀ PERSONA (obligāti aizpildāmi lauki)

Veselības apdrošināšanas kartes numurs: _____

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods: _____

Adrese _____ LV - _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

PERSONAS DATU APSTRĀDE (obligāti aizpildāmi lauki)

Apdrošinātājs 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/>.
Piekritu personas datu apstrādei, tajā skaitā īpašu kategoriju (sensitīvo) personas datu, kas saistīti ar veselību, apstrādei. Atļauju "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS saņemt personas datus, t.sk. veselības 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 personām, t.sk. ārstniecības iestādēm un ārstniecības personām, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi un iegūt informāciju, lai pārliecinātos par apdrošināšanas aizsardzības apjomu.

Paraksts par veselības datu apstrādi:

☐ Piekritu _____

/vārds, uzvārds/

☐ Nepiekritu _____

/vārds, uzvārds/

! Jums ir tiesības nepiekrīt vai atsaukt mums doto piekrišanu, taču lūdzam ņemt vērā, ka tas var ietekmēt atlīdzības pieteikuma izskatīšanas procesu.

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS		PIEVIENTOTIE DOKUMENTI	
Pakalpojums		Maksājuma apliecinājoši dokumenti - čeki, stingrās uzskaites kvītis (skaits)	Papildus dokumenti - nosūtījumi, izraksti, receptes u.c. (skaits)
1.	Ārstēšanās ambulatori (ārstu speciālistu konsultācijas, labor. analīzes, instrumentālie un diagnostiskie izmeklējumi, ārstnieciskās manipulācijas utt.)		
2.	Ārstēšanās stacionāri (plānveida operācija, uzturēšanās stacionārā utt.)		
3.	Ambulatorā rehabilitācija (masāža, ārstnieciskā vingrošana, hidroterapija)		
4.	Stacionārā rehabilitācija		
5.	Zobārstniecības pakalpojumi		
6.	Medikamentu iegāde		
7.	Ar grūtniecību saistītie izdevumi		
8.	Vakcinācija		
9.	Optikas iegāde		
10.	Sports		

Lūdzu atlīdzināt izdevumus par kopējo summu EUR: _____

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU IZMAKSĀT AR PĀRSKAITĪJUMU UZ:

☐ Manu bankas kontu, Nr.: _____

Bankas nosaukums: _____

☐ Pilnvarotās personas kontu (saskaņā ar pielikumā pievienoto pilnvaru)

Vārds, uzvārds, personas kods: _____

Bankas nosaukums: _____

Konta Nr.: _____

Ar savu parakstu apliecinu, ka:

1) manis sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga. Apzinos, ka nepatiesas un/vai maldinošas informācijas sniegšanas gadījumā, Apdrošinātājam ir tiesības man neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību un/vai izbeigt apdrošināšanas līgumu.

2) Apdrošinātājs, lai pieņemtu lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, ir tiesīgs pieprasīt papildus dokumentus, ja tādi Apdrošinātājam ir nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības izmaksai un/vai apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai.

Apdrošinātās personas paraksts

Datums

Vārds, uzvārds