



Pieteikuma Nr. _____

Lietas Nr. _____

Atlīdzības pieteikums personām, kuras iebrauc Latvijas Republikā

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods: _____

Adrese _____ LV - _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

APDROŠINĀTAIS (cietusī apdrošinātā persona)

Polises nr.: _____ Darbības periods no _____ līdz _____

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods: _____

Mītnes zemes adrese _____

Uzturēšanās valsts adrese _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU

Negadījuma datums: _____, precīzs laiks plkst. ____ : ____ . Negadījuma valsts: _____

Pilsēta, apdzīvota vieta: _____

NEGADĪJUMA RAKSTURS

- ☐ Saslimšana ☐ Trauma ☐ Zobārstniecība ☐ Medicīniskā transporta izdevumi * ☐ Repatriācija
- ☐ Cits (norādīt) _____

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

NEATLIEKAMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA

Datums: _____ plkst. ____ : ____ . Ārstniecības iestāde: _____

PERSONĪGI APMAKSĀTIE IZDEVUMI

Norādīt summu _____

PIETEIKUMAM PIEVIENOTIE DOKUMENTI (vajadzīgo atzīmēt ar „X”)

- ☐ Medicīniskā dokumentācija (oriģināls) ☐ Čeki (norādīt skaitu) _____
- ☐ Rēķini ☐ Miršanas apliecība
- ☐ Citi dokumenti (norādīt dokumentu veidu un skaitu) _____

**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT AR PĀRSKAITĪJUMU**

Saņēmējs _____

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

Konta nr.: _____

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: _____

PERSONAS DATU APSTRĀDE

"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: www.ban.lv/privatuma-politika/.

Aizpilda apdrošinātais:**Piekrišana par veselības datu apstrādi:****piekrītu****nepiekrītu**

Manu



Mana bērna _____

/vārds, uzvārds/

/personas kods/

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 personās, t.sk. ārstniecības iestādēm un ārstniecības personām, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi un iegūt informāciju, lai pārliecinātos par apdrošināšanas aizsardzības apjomu.

! Jums ir tiesības nepiekrīst vai atsaukt mums doto piekrišanu, taču lūdzam ņemt vērā, ka šajā gadījumā Apdrošinātājs nevarēs sniegt apdrošināšanas pakalpojumus un izskatīt atlīdzības pieteikumu.

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: _____