



Pieteikuma Nr. _____

Lietas Nr. _____

Atlīdzības pieteikums ceļojumu apdrošināšanā

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods: _____

Adrese _____ LV - _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

APDROŠINĀTAIS (cietusī apdrošinātā persona)

Polises nr.: _____ Darbības periods no ____ . ____ . ____ līdz ____ . ____ . ____

Apdrošināšanas programma: ☐ Pamata ☐ Standarta ☐ Sudraba ☐ Zelta ☐ Platīna

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods: _____

Adrese _____ LV - _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU

Negadījuma datums: 20 ____ . gada ____ . ____ , precīzs laiks plkst. ____ : ____ . Negadījuma valsts: _____

Pilsēta, apdzīvota vieta: _____

VAI PAR NEGADĪJUMU IR ZIŅOTS PALĪDZĪBAS DIENESTAM?

☐ Nē ☐ Jā ☐ Smile Assistance

NEGADĪJUMA RAKSTURS

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Saslimšana * | ☐ Trauma * | ☐ Zobārstniecība * |
| ☐ Medicīniskā transporta izdevumi * | ☐ Medicīnisko palīgīdzekļu iegāde * | ☐ Repatriācija nāves gadījumā |
| ☐ Slimnieka repatriācija * | ☐ Apbedīšanas izdevumi ārzemēs | ☐ Transporta un uzturēšanās izdevumi vienam radniekam * |
| ☐ Sagaidīšanas organizēšana mītnes zemē * | ☐ Nelaiemes gadījuma izraisīta nāve | ☐ Nelaiemes gadījuma izraisīta paliekoša invaliditāte |
| ☐ Pases apdrošināšana | ☐ Informatīvā palīdzība | ☐ Civiltiesiskā atbildība |
| ☐ Ceļu satiksmes negadījums * | ☐ Ceļojuma atcelšana * | ☐ Ceļojuma pārtraukšana * |
| ☐ Brauciena aizkavēšanās * | ☐ Brauciena nokavēšana | ☐ Bagāžas nozaudēšana |
| ☐ Bagāžas sabojāšana | ☐ Bagāžas aizkavēšanās | ☐ Bagāžas zādzība |
| ☐ Sporta inventāra salaušana | ☐ Sporta inventāra sabojāšana | ☐ Sporta inventāra aizkavēšanās |
| ☐ Sporta inventāra zādzība | ☐ Avio reisu nesakritība | ☐ Apģērba ķīmiskā tīrīšana un tā labošana |
| ☐ Medicīniskie izdevumi mītnes zemē * | ☐ Juridiskie izdevumi | ☐ Apdrošinātā aizstāšana * |
| ☐ Cits (norādīt) _____ | | |

* Ja risks atzīmēts ar * un prasa veselības datu apstrādi, tad Apdrošinātais aizpilda Pieteikuma 3.lapu.

Paraksts _____ Datums: 20 ____ . gada ____ . ____

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

VAI NEGADĪJUMA BRĪDĪ BIJĀT ALKOHOLA VAI CITU APREIBINOŠU VIELU IETEKMĒ?☐ Nē ☐ Jā**PIRMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA**

Datums: 20 ____ . gada ____ . _____ plkst. ____ : ____ . Ārstniecības iestāde: _____

PERSONĪGI APMAKSĀTIE IZDEVUMI☐ Nē ☐ Jā ☐ Par summu (norādīt valūtu) _____**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT AR PĀRSKAITĪJUMU**

Saņēmējs _____

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

Konta nr.: _____

PIETEIKUMAM PIEVIENOTIE DOKUMENTI (vajadzīgo atzīmēt ar „X”)☐ Medicīniskā dokumentācija: ☐ Čeki (norādīt skaitu) _____ ☐ Receptes (norādīt skaitu) _____☐ Ceļojuma dokumenti: ☐ Biļetes ☐ Izziņa no pārvadātāja☐ Rēķini☐ Citi dokumenti (norādīt dokumentu veidu un skaitu) _____**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.

"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/>.**PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS**

Paraksts _____ Datums: 20 ____ . gada ____ . _____

Atlīdzības pieteikums ceļojumu apdrošināšanā

Lapa 2 no 3

AIZPILDA APDROŠINĀTĀJA PĀRSTĀVIS

Pieteikumu pieņēma _____ 20 ____ . gada ____ . _____

Paraksts _____

Piekrišana veselības datu apstrādei

Jums ir tiesības nepiekrīst 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. īpašu kategoriju 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 (Polises nr.: _____) izpildi un iegūt informāciju, lai pārliecinātos 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:

Vieta: _____, datums: 20 ____ . gada ____ . _____

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, uzvārds _____, Paraksts _____

Atlīdzības pieteikums ceļojumu apdrošināšanā

Lapa 3 no 3

AIZPILDA APDROŠINĀTĀJA PĀRSTĀVIS

Pieteikumu pieņēma _____ 20 ____ . gada ____ . _____

Paraksts _____