

Pieteikuma Nr. _____

Lietas Nr. _____

Atlīdzības pieteikums nelaimes gadījumu apdrošināšanā

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: _____

Adrese _____ LV _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU

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

Pilsēta, apdzīvota vieta: _____

Par negadījumu paziņots:

☐ Policijai (kādai) _____, Datums, laiks: _____

☐ Citam (kam) _____, Datums, laiks: _____

☐ Nav ziņots

NEGADĪJUMA RAKSTURS

☐ Sadzīves trauma ☐ Darba trauma ☐ Ceļu satiksmes negadījums ☐ Sporta trauma

☐ Cits (norādīt) _____

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

NEATLIEKAMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA

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

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 ____ . _____ , t.sk. slimnīcā _____ dienas.

VAI IZSNIEGTA DARBA NESPĒJAS LAPA?☐ Nē ☐ Jā No 20 ____ . gada ____ . _____ līdz 20 ____ . gada ____ . _____**VAI NEGADĪJUMA BRĪDĪ BIJĀT ALKOHOLA VAI CITU REIBINOŠU VIELU IETEKMĒ?**☐ Nē ☐ Jā**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS PIEPRASĪTĀJS**☐ Apdrošinātais ☐ Labuma guvējs ☐ Mantinieks ☐ Pilnvarota persona ☐ Cits _____**PIETEIKUMAM PIEVIENOTIE DOKUMENTI** (vajadzīgo atzīmēt ar „X”)☐ Ārsta izziņa par negadījuma faktu (oriģināls) ☐ Darba nespējas lapas kopija☐ Izraksti no ārstniecības iestādēm (norādīt skaitu) _____☐ Citi dokumenti (norādīt dokumentu veidu un skaitu) _____**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT AR PĀRSKAITĪJUMU**

Saņēmējs _____

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

Konta nr.: _____

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: _____

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 <https://www.ban.lv/kompanija/privatuma-politika/>.

Aizpilda apdrošinātais:

Piekrītu ☐ 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.

Paraksts par veselības datu apstrādi: _____
piekrītu / nepiekrītu /paraksts/

! 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: 20____. gada ____.

Atlīdzības pieteikums nelaimes gadījumu apdrošināšanā

Lapa 3 no 3

AIZPILDA APDROŠINĀTĀJA PĀRSTĀVIS

Pieteikumu pieņēma _____ 20____. gada ____.

Paraksts _____