

PIETEIKUMS

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAI

APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>
Dzīvesvietas adrese	<input type="text"/>		LV – <input type="text"/>
Apdrošinājuma nēmejs	<input type="text"/>		
Apdrošināšanas kartes Nr.	Kontakt tālrunis	e-pasts	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS

<input type="checkbox"/> Ārstēšanās ambulatori	<input type="checkbox"/> Ārstēšanās stacionāri	<input type="checkbox"/> Zobārstniecība
<input type="checkbox"/> Optika	<input type="checkbox"/> Sports	<input type="checkbox"/> Medikamenti

PAPILDUS PIEVIENOTIE DOKUMENTI

<input type="checkbox"/> Čeki _____ gab.	<input type="checkbox"/> Stingrās uzskaites kvītis _____ gab.	<input type="checkbox"/> Medicīniskā dokumentācija _____ gab.
Dokumenti iesniegti par kopējo summu <input type="text"/> EUR		
Pieteikumam pievienotos daļēji apmaksātos un neapmaksātos dokumentu oriģinālus pēc lēmuma par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu pieņemšanas:		
<input type="checkbox"/> Nevēlos saņemt		
<input type="checkbox"/> Vēlos saņemt pa pastu ierakstītā vēstulē uz šajā pieteikumā norādīto Apdrošinātā dzīvesvietas adresi		

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAS VEIDS

<input type="checkbox"/> Ar pārskaitījumu Apdrošinātā kontā	IBAN konta Nr.	<input type="text"/>	Bankas nosaukums	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Skaidrā naudā (tikai gadījumā, ja nav bankas konta)	SVARĪGI! Izmaksu skaidrā naudā var saņemt tikai centrālajā birojā Rīgā, Vienības gatvē 87h, uzrādot personu apliecinošu dokumentu (pasi, vai personas apliecību)			
<input type="checkbox"/> Ar pārskaitījumu uz Apdrošinātā norādītās personas kontu	IBAN konta Nr.	<input type="text"/>	Bankas nosaukums	<input type="text"/>
Konta īpašnieka vārds, uzvārds	<input type="text"/>		Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>

AIZPILDA APDROŠINĀTĀ PILNVAROTĀ PERSONA*

(Gadījumos, kad pieteikumu neiesniedz pats Apdrošinātais)

Apdrošinātā pilnvarota persona			
Vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>
Dzīvesvietas adrese	<input type="text"/>		LV – <input type="text"/>
Apdrošināšanas kartes Nr.	Kontakt tālrunis	e-pasts	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
* Apdrošinātā pilnvarotajai personai jāiesniedz notariāli apstiprinātas pilnvaras kopija, uzrādot pilnvaras oriģinālu.			

APLIECINĀJUMI UN PERSONAS DATU APSTRĀDE

Parakstot šo pieteikumu apliecinu, ka:

- visa manis pieteikumā sniegtā un Apdrošinātāja pieprasītā informācija ir pilnīga un patiesa;
- esmu informēts/a, ka nepilnīgas, nepatiesas, maldinošas informācijas sniegšanas gadījumā, Apdrošinātājam ir tiesības atteikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, kā arī nepatiesas vai maldinošas informācijas sniegšanas gadījumā varu tikt saukts pie atbildības Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;
- apņemos nepieprasīt kompensāciju no citām institūcijām par Apdrošinātāja atlīdzināto izdevumu daļu, kā arī elektroniski iesniegta veselības apdrošināšanas atlīdzības izmaksas pieteikuma gadījumā uzglabāt dokumentu oriģinālus 3 (tris) gadus un pēc pieprasījuma nekavējoties tos uzrādīt Apdrošinātājam;
- atļauju Apdrošinātājam kā pārzinim, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, pieprasīt, saņemt un apstrādāt šajā pieteikumā norādīto informāciju un personas datus, tai skaitā, sensitīvos personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, lai izvērtētu pieteikto Apdrošināšanas gadījumu un noteiktu izmaksājamās Apdrošināšanas atlīdzības apmēru, ievērojot personas datu aizsardzības jomā un citos normatīvajos aktos noteiktās prasības;
- no šī pieteikuma parakstīšanas brīža atļauju Apdrošinātājam pieprasīt un saņemt no jebkuras ar apdrošināšanas līgumu saistītām trešajām personām – valsts un/vai pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām, tai skaitā jebkurām ārstniecības iestādēm jebkuru informāciju un dokumentus, kas saistīti ar manu veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, kā arī nāves apstākļiem, kas iestājušies apdrošināšanas līguma darbības laikā, lai izvērtētu pieteikto Apdrošināšanas gadījumu un noteiktu izmaksājamās Apdrošināšanas atlīdzības apmēru un veikt no trešajām personām saņemtās informācijas un personas datu, tai skaitā sensitīvo personas datu un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodu apstrādi, kā arī nodot to apstrādei trešajām personām. Pēc Apdrošinātāja pieprasījuma apņemos izsniegt iepriekš minētajām trešajām personām atļauju izsniegt Apdrošinātājam minēto informāciju un dokumentus.

Piekrītu saņemt informāciju no Apdrošinātāja arī par citiem Apdrošinātāja sniegtajiem apdrošināšanas pakalpojumiem:

jā nē

Vēlamais informācijas saņemšanas veids:

Pa e – pastu Pa telefonu

Apdrošinātājs apliecina, ka pieteikumā norādītie personas dati, tiks izmantoti tikai atbilstoši to apstrādes mērķim un tam nepieciešamajā apjomā.

Pirms šī pieteikuma parakstīšanas, lūdzam pārbaudīt tajā sniegto ziņu pareizību un pilnību. Pie jebkuriem labojumiem pieteikumā obligāti jānorāda "labotam ticēt" un labojumi jāapliecina ar Apdrošinātā vai tā pilnvarotās personas parakstu.

Datums Apdrošinātā paraksts Paraksta atšifrējums

ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Apdrošināšanas atlīdzība izmaksai EUR Apstiprinājums (paraksts) Slipa Nr.

Papildus informācija