



Pieteikuma Nr. \_\_\_\_\_

Lietas Nr. \_\_\_\_\_

## Atlīdzības pieteikums ceļojumu apdrošināšanā

### PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, Uzvārds \_\_\_\_\_ Personas kods \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adrese \_\_\_\_\_ LV- \_\_\_\_\_

Tālrunis \_\_\_\_\_ E-pasts \_\_\_\_\_

### APDROŠINĀTAIS (cietusī apdrošinātā persona)

Polises numurs \_\_\_\_\_ 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 vieta: valsts \_\_\_\_\_

Pilsēta, apdzīvota vieta \_\_\_\_\_

### VAI PAR NEGADĪJUMU IR ZIŅOTS PALĪDZĪBAS DIENESTAM?

Jā  Smile Assitance  Nē, kāpēc \_\_\_\_\_

### NEGADĪJUMA RAKSTURS

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

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

Atlīdzības pieteikums ceļojumu apdrošināšanā

Lapa 1 no 3

### PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS

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**

Nav  Ir  Par summu (norādīt valūtu) \_\_\_\_\_

**VAI SAISTĪBĀ AR NOTIKUŠO NEGADĪJUMU IR PIEPRASĪTA VAI SAŅEMTA KOMPENSĀCIJA NO CITĀM TREŠAJĀM PERSONĀM (PĀRVADĀTĀJS, CEĻOJUMA ORGANIZĀTORS UTT.)?**

Nav  Ir Norādīt no kā un summu \_\_\_\_\_

**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT AR PĀRSKAITĪJUMU**

Saņēmējs \_\_\_\_\_

Saņēmēja personas kods / Reģ. Nr.: \_\_\_\_\_ Bankas nosaukums \_\_\_\_\_

Konta Nr.: \_\_\_\_\_

**PIETEIKUMAM PIEVIENOTIE DOKUMENTI** (vajadzīgo atzīmēt ar "X")

<input type="checkbox"/> Medicīniskā dokumentācija	<input type="checkbox"/> (oriģināls)	Čeki (oriģināli)
<input type="checkbox"/> Receptes _____	<input type="checkbox"/> (skaits)	Rēķini
<input type="checkbox"/> Ceļojuma dokumenti –	<input type="checkbox"/> biļetes	Izziņa no pārvadātāja
<input type="checkbox"/> Citi dokumenti (uzskaitījums, skaits) _____		

**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 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 \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

## 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. sensitīvos 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 ( \_\_\_\_\_ polises numurs) 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 \_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds / paraksts \_\_\_\_\_

### AIZPILDA APDROŠINĀTĀJA PĀRSTĀVIS

Pieteikumu saņēma \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_. gada \_\_\_\_\_.

Paraksts \_\_\_\_\_