

**APDROŠINĀTĀ PERSONA ( obligāti aizpildāmi lauki )**

Veselības apdrošināšanas kartes numurs: \_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_

Personas kods: \_\_\_\_\_

Adrese: iela: \_\_\_\_\_ māja/dz. \_\_\_\_\_ pilsēta \_\_\_\_\_ LV \_\_\_\_\_

Tālrunis: \_\_\_\_\_

E-pasta adrese: \_\_\_\_\_

**PERSONAS DATU APSTRĀDE ( obligāti aizpildāmi lauki )**

Apdrošinātājs 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 apdrošinātāja veikto personas datu apstrādi un piekrišanas atsaukumu <https://www.ban.lv/kompanija/privatuma-politika/>.

Piekrītu manu personas datu apstrādei, tajā skaitā īpašu kategoriju (sensitīvo) personas datu, kas saistīti ar manu veselību, apstrādei. Atļauju "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS saņemt manus 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 personām, 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 ( obligāti aizpildāmi lauki ) :**
 piekrītu \_\_\_\_\_ paraksts

 nepiekrītu \_\_\_\_\_ paraksts

\* Jums ir tiesības nepiekrīst vai arī atsaukt mums doto piekrišanu, tomēr, ņemiet vērā, ka tas var ietekmēt atlīdzības pieteikuma izskatīšanas procesu.

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS	PIEVENOTIE DOKUMENTI	
Pakalpojums	Maksājuma apliecinājoši dokumenti - čeki, stingrās uzskaites kvītis (skaits)	Papildus dokumenti - nosūtījumi, izraksti, receptes u.t.t. (skaits)
1. Ārstēšanās ambulatori (ārstu speciālistu konsultācijas, labor. analīzes, instrumentālie un diagnostiskie izmeklējumi, ārstnieciskās manipulācijas u.t.t.)		
2. Ārstēšanās stacionāri ( plānveida operācija, uzturēšanās stacionārā u.t.t.)		
3. Ambulatorā rehabilitācija (masāža, ārstnieciskā vingrošana, hidroterapija)		
4. Stacionārā rehabilitācija		
5. Zobārstniecības pakalpojumi		
6. Medikamentu iegāde		
7. Ar grūtniecību saistītie izdevumi		
8. Vakcinācija		
9. Optikas iegāde		
10. Sports		

Lūdzu atlīdzināt izdevumus par kopējo summu EUR \_\_\_\_\_

**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU IZMAKSĀT ar pārskaitījumu uz:**
 manu bankas kontu nr.: \_\_\_\_\_

Bankas nosaukums: \_\_\_\_\_

 pilnvarotās personas kontu (saskaņā ar pielikumā pievienoto pilnvaru)

Vārds uzvārds, personas kods: \_\_\_\_\_

Bankas nosaukums: \_\_\_\_\_

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

Ar savu parakstu apliecinu, ka:

1) manis sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga. Apzinos, ka nepatiesa un/vai maldinoša informācijas sniegšanas gadījumā, Apdrošinātājam ir tiesības man neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību un/vai izbeigt apdrošināšanas līgumu.

2) Apdrošinātājs, lai pieņemtu lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, ir tiesīgs pieprasīt papildus dokumentus, ja tādi Apdrošinātājam ir nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības izmaksai un/vai apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai.

**Apdrošinātās personas paraksts**

Datums: \_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_

Paraksts: \_\_\_\_\_

**Aizpilda apdrošinātāja pārstāvis**

Pieteikuma saņemšanas datums: \_\_\_\_\_

Saņemšanas vieta: \_\_\_\_\_

Saņēmēja vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_

Paraksts: \_\_\_\_\_