

CEĻOJUMU APDROŠINĀŠANA

Atlīdzības pieteikums (Par personas veselības stāvokļa pasliktināšanos vai nāvi)

Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds: _____ Pers.kods: _____

Adrese: _____ Pasta indekss: _____

Tālrunis: _____ e-pasts: _____

Polises Nr.: _____ Ceļojuma sākuma un beigu datums: _____

Ja pieteikums tiek iesniegts citas personas vārdā, norādiet šādus pārstāvāmā datus:

Vārds, uzvārds/Nosaukums: _____ Pers.kods/Reģ.Nr.: _____

Adrese: _____ Pasta indekss: _____

Tālrunis: _____ e-pasts: _____

Informācija par negadījumu

Datums: _____ Laiks: _____ Vieta (adrese): _____

Informācija par negadījuma apstākļiem

Ārsta slēdziens (diagnoze): _____

Negadījuma veids:

- Nelaiemes gadījums:
- sadzīves trauma trauma ceļu satiksmes negadījumā sporta trauma darba trauma cits _____
- Neatliekamā zobārstniecība Akūta smaga saslimšana Nāve Cits _____

Negadījuma apraksts (Notikumu gaitas apraksts detalizēti, hronoloģiskā secībā. Ja nepieciešams, pievienojiet uz atsevišķas lapas):

Negadījumam bija liecinieki: 1. _____

2. _____

(ja ir zināms, norādīt vārdu, uzvārdu, personas kodu, adresi, tālruni)

Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds: _____

Paraksts: _____

Datums: _____

Papildu informācija

Vai negadījuma dienā apdrošinātais lietoja alkoholu, narkotiskās, psihotropās vielas vai ārsta neizrakstītas zāles?	Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(norādīt, ko tieši)
Vai pieteiktais negadījums ir noticis ceļu satiksmes negadījuma (CSNg) rezultātā?	Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(norādīt CSNg izraisījušā transportlīdzekļa marku, reģistrācijas numuru, iestādi, kas veic CSNg apstākļu izmeklēšanu)
Vai attiecībā uz pieteikto negadījumu ir noslēgti citi apdrošināšanas līgumi, kas bija spēkā negadījuma brīdī?	Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(norādīt apdrošināšanas sabiedrību)
Vai ir zināmas personas, kas ir vainojamas negadījuma izraisīšanā?	Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(ja ir vairākas, tad norādīt visas)
Vai vainīgais labprātīgi ir piekritis atlīdzināt zaudējumus?	Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(norādīt, kādā veidā un apmērā)

Vēlamais apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas veids:

Apmaksājot pakalpojuma sniedzēja sniegtos pakalpojumus

Pārskaitījums:

Apdrošinātajam

Pilnvarotajai personai (izvēloties Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt Pilnvarotajai personai, jāiesniedz pilnvara)

Citai personai

Apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja:

Vārds, uzvārds/Nosaukums: _____ Personas kods / Reģ.Nr.: _____

Adrese: _____ Pasta indekss: _____

Bankas nosaukums: _____

Konta Nr.: _____ Valūta: _____

Daļēji apmaksāto un neapmaksāto maksājuma dokumentu pēc lēmuma pieņemšanas:

Nevēlos saņemt

Vēlos saņemt pa pastu uz pieteikumā norādīto Apdrošinātā adresi

Informācija par pieteikumam pievienotajiem dokumentiem

	Informācija par maksājuma dokumentiem atlīdzības saņemšanai:	Skaits	Kopsumma
1.	_____		
2.	_____		
3.	_____		
4.	_____		

Parakstot šo Iesniegumu:

1. Apliecinu, ka esmu informēts, ka saistībā ar šo atlīdzības pieteikumu BTA ierakstīs telefona un mutiskas sarunas, fiksēs citu ar iespējamo apdrošināšanas gadījumu saistīto informāciju, izmantojot skaņas un video informācijas ierakstīšanas un glabāšanas ierīces, ar tiesībām izmantot šos ierakstus kā pierādījumus tiesā strīdā par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu;

2. Pilnvaroju BTA (Vien.reģ.Nr. 40103840140) saņemt no citiem tiesību subjektiem (tai skaitā arī ārstniecības personām, ārstniecības iestādēm) informāciju par apdrošinātās personas veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, kas nepieciešama iespējamā apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai;

3. Apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa, pilnīga un precīza. Man ir izskaidrots, ka nepatiesu vai maldinošu ziņu sniegšanas gadījumā BTA ir tiesīga samazināt vai atteikt izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību un par to var iestāties Krimināllikuma 177. pantā (krāpšana) vai 178. pantā (apdrošināšanas krāpšana) paredzētā kriminālatbildība. Ja iepriekš minēto iemeslu dēļ BTA samazinās vai atteiks apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, apņemos atlīdzināt visus līdz ar to nodarītos zaudējumus;

4. Apzinos, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta tikai pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un tā rezultātā radušos zaudējumu apmēru, iesniegšanas BTA;

5. Piekritu, ka maksa par daļēji apmaksāto un neapmaksāto dokumentu nosūtīšanu pa pastu ierakstītā vēstulē tiek ieturēta no apdrošināšanas atlīdzības, ja atlīdzības pieteikumā esmu norādījis šādu maksājumu dokumentu saņemšanas veidu;

6. Piekritu, ka tādos gadījumos, kad BTA izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība sedz daļu no apdrošināšanas gadījuma rezultātā nodarītajiem zaudējumiem, BTA savas tiesības uz regresa prasību pret personu, kas atbildīga par zaudējumiem, var izmantot neatkarīgi no tā, vai es (Apdrošinātais) realizēju vai nerealizēju savas tiesības celt prasību pret minēto personu.

7. Ja BTA pieņems lēmumu par atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, es informēšu Apdrošinājuma ņēmēju par BTA pieņemto lēmumu.

8. Apliecinu, ka man ir tiesības parakstīt šo Iesniegumu.

BTA informē, ka noslēgtā apdrošināšanas līguma izpildei BTA no Fizisko personu datu aizsardzības likuma izriet tiesības, ievērojot minētajā likumā noteikto, apstrādāt, t.sk. saņemt no reģistriem un datubāzēm, Apdrošinātā un Labuma guvēja personas datus, t.sk. personas identifikācijas kodus apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanai un tieši: pieteiktā apdrošināšanas riska iestāšanās gadījuma noregulēšanai, lēmuma pieņemšanai par apdrošinātā riska iestāšanās gadījuma atzīšanu par apdrošināšanas gadījumu, apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai un apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanai.

Ar šī pieteikuma iesniegšanu BTA tiek dota atļauja apstrādāt Apdrošinātā sensitīvos datus, jo neapstrādājot Apdrošinātā sensitīvos datus nav iespējama apdrošināšanas atlīdzības noregulēšana.

Atļauju BTA apstrādāt manus personas datus, t.sk. identifikācijas kodus statistisku, tirgus un sabiedriskā viedokļa pētījumu veikšanai, analīzei un atskaišu sagatavošanai, kā arī klientu aptauju veikšanai un riska vadības mērķiem.

Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds: _____

Paraksts: _____

Datums: _____

Aizpilda BTA pārstāvis!

Saņemšanas datums: _____

Saņēmēja vārds, uzvārds: _____

Paraksts: _____