

# NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANA

Atlīdzības pieteikums

## Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_ Pers.kods: \_\_\_\_\_

Adrese: \_\_\_\_\_ Pasta indekss: \_\_\_\_\_

Tālrunis: \_\_\_\_\_ e-pasts: \_\_\_\_\_

Polises Nr.: \_\_\_\_\_

## Apdrošinātais (cietusī persona)

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_ Pers.kods: \_\_\_\_\_

Adrese: \_\_\_\_\_ Pasta indekss: \_\_\_\_\_

Tālrunis: \_\_\_\_\_ e-pasts: \_\_\_\_\_

## Informācija par apdrošināšanas līgumu

Nelaimes gadījumu apdrošināšanas līgumu ar BTA noslēdza:

banka (bankas nosaukums): \_\_\_\_\_  cita persona

darba devējs (darba vietas nosaukums): \_\_\_\_\_

## Informācija par negadījumu

Datums: \_\_\_\_\_ Laiks: \_\_\_\_\_ Vieta (adrese): \_\_\_\_\_

Ārstniecības iestāde, kurā tika sniegta medicīniskā palīdzība: \_\_\_\_\_

## Informācija par negadījuma apstākļiem

Tiek pieteikta:  trauma  invaliditāte nelaimes gadījuma rezultātā  nāve nelaimes gadījuma rezultātā  kritiska saslimšana

Negadījums noticis:  veicot darba/dienesta pienākumus  CSNg rezultātā  nodarbojoties ar sportu  citā veidā

Negadījuma apraksts (Notikuma gaitas detalizēts apraksts, hronoloģiskā secībā. Ja nepieciešams, papildiniet uz atsevišķas lapas):

## Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_

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

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

## Papildu informācija

|   |   |                     |
|---|---|---------------------|
| Vai diennakts laikā pirms negadījuma apdrošinātais lietoja alkoholu, narkotiskās, psihotropās vielas vai ārsta neizrakstītās zāles? | Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> | (norādīt, ko tieši) |
| Vai par negadījumu ir paziņots policijai vai citai tiesībsargājošai iestādei?   | Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> | (norādīt kādai)     |

## Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt ar pārskaitījumu

Apdrošinātajam  Labuma guvējam  Mantiņiekam

Apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja:

Vārds, uzvārds/Nosaukums: \_\_\_\_\_ Pers.kods/Reģ.Nr.: \_\_\_\_\_

Adrese: \_\_\_\_\_ Pasta indekss: \_\_\_\_\_

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

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

Dalēji apmaksātos un neapmaksātos maksājuma dokumentus pēc lēmuma pieņemšanas:

- nevēlos saņemt  
 vēlos saņemt pa pastu uz pieteikumā norādīto adresi

## Informācija par pieteikumam pievienotajiem dokumentiem (piemēram, policijas izziņa u.c. dokumenti)

|          | Informācija par maksājuma dokumentiem<br>atlīdzības saņemšanai: | Skaitis | Kopsumma |
|----------|---|---------|----------|
| 1. _____ |   |         |          |
| 2. _____ |   |         |          |
| 3. _____ |   |         |          |
| 4. _____ |   |         |          |

### Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka:

- manis sniegtā informācija ir patiesa, pilnīga un precīza;
- atļauju BTA jebkurā ārstniecības iestādē saņemt jebkuru informāciju par Apdrošinātā veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, ja šāda informācija no ārstniecības iestādes būs nepieciešama BTA pieteiktā negadījuma apstākļu izskatīšanai un apdrošināšanas atlīdzību apmēra noteikšanai, kā arī Apdrošinātais apņemas pēc pirmā BTA pieprasījuma iesniegt attiecīgajai ārstniecības iestādei atļauju izsniegt BTA jebkuru augstāk minēto informāciju, atbrīvojot ārstniecības iestādi un tajā strādājošo ārstniecības personu no klusēšanas pienākuma.

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, Apdrošinājumaņēmēja, 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: \_\_\_\_\_