

NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANA

LTFJA biedru atlīdzības pieteikums

Pieteikuma iesniedzējs

Apdrošinātais:

Vārds, uzvārds:

Pers. kods:

Dzīvesvietas adrese:

Pasta indekss:

Tālrunis:

e-pasts:

Kuģa nosaukums:

Polises/kartes Nr.:

Darba devēja (kuģniecības kompānijas) nosaukums:

Amats uz kuģa:

Norakstīšanas datums:

Norakstīšanas iemesls:

Apdrošinātā pārstāvis (Ja pieteikumu iesniedzat apdrošinātā vārdā):

Vārds, uzvārds:

Pers. kods:

Dzīvesvietas adrese:

Pasta indekss:

Tālrunis:

e-pasts:

Informācija par negadījumu

Datums:

Laiks:

Vieta:

Informācija par negadījuma apstākļiem

Negadījuma veids:

saslimšana

sadzīves trauma

trauma ceļu satiksmes negadījumā

sporta trauma

darba trauma

nāve

cits

Darba nespējas lapa: Nē

Jā

No:

Līdz:

Izdevējiestāde:

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

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 marķu, 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)

Negadījumam bija liecinieki: 1. _____
2. _____
(ja ir zināms, norādīt vārdu, uzvārdu, personas kodu, adresi, tālruni)

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt ar pārskaitījumu

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

Apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja:

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

Adrese: _____ Pasta indekss: _____

Bankas nosaukums: _____

Konta Nr.: _____ Valūta: _____

Dalēji apmaksāto un neapmaksāto maksājumu dokumentu pēc lēmuma pieņemšanas:

- Nevēlos saņemt
 Vēlos saņemt pa pastu uz pieteikumā norādīto Apdrošinātā adresi

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

	Informācija par maksājumu dokumentiem atlīdzības saņemšanai:	Skaitis	Kopsumma
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			

Parakstot šo iesniegumu:

- 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;
- Pilnvaroju BTA saņemt no citiem tiesību subjektiem (tai skaitā arī ārstniecības personām, ārstniecības iestādēm, Veselības norēķinu centra) informāciju par apdrošinātās personas veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, kas nepieciešama iespējamā apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai;
- 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.
- 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;
- Piekrītu, ka maksa par dalēji apmaksāto un neapmaksāto dokumentu nosūtīšanu pa pastu ierakstītā vēstulē tiek ieturēta no apdrošināšanas atlīdzības, ja atlīdzības pieteikumā esmu norādījis šādu maksājumu dokumentu saņemšanas veidu;
- 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, Apdrošinājuma ņēmēja, 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: _____