

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

Atlīdzības pieteikums

Pieteikuma iesniedzējs

Apdrošinātais:

Vārds, uzvārds:

Personas kods:

Tālrunis:

e-pasts:

Kartes Nr.:

Apdrošinātā pārstāvis (Ja pieteikumu iesniedzat apdrošinātā vārdā):

Vārds, uzvārds:

Personas kods:

Tālrunis:

e-pasts:

Pieteikumam pievienoju šādus ar apdrošinātā pakalpojuma saņemšanu saistītus dokumentus

Dokumentu skaits:

Kopējā summa (EUR):

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt ar pārskaitījumu

- ☐ Apdrošinātajam
☐ Pilnvarotai personai*

Banka:

Konta Nr.:

* izvēloties Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt Pilnvarotajai personai, jāiesniedz notariāla pilnvara.

Papildu informācija

Ja pieteikumam pievienoti maksājumu dokumentu oriģināli, tad pēc lēmuma pieņemšanas daļēji apmaksāto un neapmaksāto maksājumu dokumentu oriģinālus:

- ☐ Nevēlos saņemt
☐ Vēlos saņemt pa pastu uz pieteikumā norādīto Apdrošinātā adresi:
☐ vienkāršā vēstulē
☐ ierakstītā vēstulē

Ja pieteikumam pievienoti ieskanēti maksājumu dokumenti vai to kopijas, tad apņemos uzglabāt pieteikumam pievienoto dokumentu oriģinālus visu apdrošināšanas līguma darbības laiku un nekavējoties iesniegt tos BTA pēc pieprasījuma.

Ar savu parakstu apliecinu, ka:

- iesniedzu patiesu informāciju;
- nepieprasīšu kompensāciju no citām institūcijām par BTA atlīdzināto izdevumu daļu.

Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds:

Paraksts:

Datums: