

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

LTFJA biedru atlīdzības pieteikums



Pieteikuma iesniedzējs

Apdrošinātais:

Vārds, uzvārds: Jānis Saulītis

Pers. kods: 000000-00001

Dzīvesvietas adrese: Rīga, Zvaigznāja gatve 5 - 10

Pasta indekss: LV-2130

Tālrunis, fakss: 29129912

e-pasts: janis@inbo.lv

Kuģa nosaukums: Stolt

Polises/kartes Nr.: 2759/420818

Darba devēja (kuģniecības kompānijas) nosaukums: Stolt

Amats uz kuģa: mehāniķis

Norakstīšanas datums: 15.06.2010.

Norakstīšanas iemesls: līguma beigas

Piekrītu, ka BTA ar atlīdzību lietu saistīto informāciju nosūta uz e-pastu:

Nē Jā

Pieteikumam pievienoju šādus ar apdrošinātā pakalpojuma saņemšanu saistītus dokumentus (jāiesniedz dokumentu oriģināli vai to apliecināti atvasinājumi - kopijas, izraksti u.c.)

Pakalpojuma veids (apdrošināšanas programma):	Maksājuma dokumentu:		Papildu dokumenti:	
	skaits	kopsumma	veids	skaits
(A) Ambulatorie, stacionārie pakalpojumi	3	45.12	Iestādes izraksts	1
			Ārsta nosūtījums	1
			Cits:	
(B) Medikamentu iegāde	11	97.32	Recepte vai receptes kopija	11

Informācija par pārejošu darba nespēju

Darba nespējas lapa: Nē

Jā

No:

Līdz:

Izdevējietāde:

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt ar pārskaitījumu

Norādītā konta īpašnieka dati:

Vārds, uzvārds: Aiva Saulīte

Pers. kods: 000000-00001

Banka: AS SEB banka

Valūta: EUR USD RUB

Konta Nr.: L/V/4/1/U/N/L/A/4/3/0/0/P/6/7/8/6/4/5/3/1/

cita: _____

Papildu informācija

Daļēji apmaksāto un neapmaksāto maksājuma dokumentu pēc lēmuma pieņemšanas:

Nevēlos saņemt

Vēlos saņemt pa pastu uz pieteikumā norādīto Apdrošinātā adresi:

vienkāršā vēstulē

ierakstītā vēstulē

Apdrošinātais apliecina, ka atļauj BTA jebkurā ārstniecības iestādē saņemt jebkuru informāciju par viņa 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 apņemas pēc pirmā BTA pieprasījuma izsniegt attiecīgajai ārstniecības iestādei atļauju izsniegt BTA jebkuru augstāk minēto informāciju, atbrīvojot ārstniecības iestādi un tajā strādājošo ārstniecības personu no klusēšanas pienākuma.

Apdrošinātais apliecina, ka atļauj BTA, kā sistēmas pārzinim, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, kā arī SIA „Blue Bridge Technologies” (VRN: 40003932716, adrese E.Smilģa 26, Rīga LV-1002) kā personas datu operatoram, saņemt un apstrādāt pieteikumā minētos personas datus, tajā skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

Pieteikuma iesniedzējs:

Vārds, uzvārds: Jānis Saulītis

Paraksts: _____

Datums: 25.09.2011.

Aizpilda BTA pārstāvis!

Pieteikums BTA saņemts:

Datums: _____

Saņemšanas vieta: _____

Saņēmēja vārds, uzvārds: _____

Paraksts: _____

Atlīdzību lieta Nr.: - - /