

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

LTFJA biedru atlīdzības pieteikums



Pieteikuma iesniedzējs

Apdrošinātais:

Vārds, uzvārds: _____ Pers. kods: _____

Dzīvesvietas adrese: _____ Pasta indekss: _____

Tālrunis, fakss: _____ e-pasts: _____

Kuģa nosaukums: _____ Polises/kartes Nr.: _____

Darba devēja (kuģniecības kompānijas) nosaukums: _____

Amats uz kuģa: _____ Norakstīšanas datums: _____

Norakstīšanas iemesls: _____

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			Iestādes izraksts	
			Ārsta nosūtījums	
			Cits:	
(B) Medikamentu iegāde			Recepte vai receptes kopija	

Informācija par pārejošu darba nespēju

Darba nespējas lapa: Nē
 Jā No: _____ Līdz: _____ Izdevējietāde: _____

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt ar pārskaitījumu

Norādītā konta īpašnieka dati:

Vārds, uzvārds: _____ Pers. kods: _____

Banka: _____ Valūta: EUR USD RUB

Konta Nr.: _____ 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.Smiļģa 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: _____

Paraksts: _____

Datums: _____

Aizpilda BTA pārstāvis!

Pieteikums BTA saņemts:

Datums: _____

Saņemšanas vieta: _____

Saņēmēja vārds, uzvārds: _____

Paraksts: _____

Atlīdzību lieta Nr.: _____ - _____ /