

NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANA

Atlīdzības pieteikums



Aizpilda BTA pārstāvis!

Saņemšanas datums:

Saņēmēja vārds, uzvārds:

Paraksts:

Atlīdzību lieta Nr.:

Polises sērija:

Polises Nr.

Pieteikuma iesniedzējs:

Vārds, uzvārds:

Personas kods:

Adrese:

Pasta indekss:

Tālrunis:

e-pasts:

Apdrošinātais (cietusī persona):

Vārds, uzvārds:

Personas kods:

Adrese:

Pasta indekss:

Tālrunis:

e-pasts:

Piekrītu, ka BTA ar Atlīdzību lietu saistīto informāciju nosūta Apdrošinātajam uz e-pastu: Nē Jā

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 mantiniekam

Apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja:

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

Adrese: _____ Pasta indekss: _____

Bankas nosaukums: _____

Konta Nr.: _____ Valūta: _____

Daļēji apmaksātos un neapmaksātos maksājuma dokumentus pēc lēmuma pieņemšanas:

- nevēlos saņemt
 vēlos saņemt pa pastu uz pieteikumā norādīto adresi:
 vienkāršā vēstulē bez maksas
 ierakstītā vēstulē, norēķinoties pēc BTA spēkā esošā cenrāža

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

	Informācija par maksājuma dokumentiem 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.
- atļauju BTA, kā sistēmas pārzinim, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, apdrošināšanas līguma izpildei saņemt un apstrādāt pieteikumā minētos personas datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas kodus saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, kā arī esmu informēts, ka saistībā ar šajā pieteikumā norādīto negadījumu BTA ierakstīs telefona un mutiskās 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.

Priekšlikumi BTA darbības uzlabošanai: _____

Pieteikuma iesniedzējs:

Vārds, uzvārds: _____

Paraksts: _____

Datums: _____