

NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANA

LTFJA biedru atlīdzības pieteikums



Aizpilda BTA pārstāvis!

Saņemšanas datums: _____

Saņemšanas vieta: _____

Saņēmēja vārds, uzvārds: _____

Paraksts: _____

Atlīdzību lieta Nr.: _____

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

Apdrošinātā pārstāvis (Ja pieteikumu iesniedzat apdrošinātā vārdā):

Vārds, uzvārds: _____

Pers. kods: _____

Dzīvesvietas adrese: _____

Pasta indekss: _____

Tālrunis, fakss: _____

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:
- vienkāršā vēstulē bez maksas
 - ierakstītā vēstulē, norēķinoties pēc BTA spēkā esošā cenrāža

Informācija par pieteikumam pievienotajiem dokumentiem:

	Maksājumu dokumenta nosaukums	Skaitis	Kopsumma
1.			
2.	5.		
3.	6.		
4.	7.		

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 (Vien.reģ.Nr.40003159840) 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. Ja iepriekš minēto iemeslu dēļ BTA samazinās vai atteiks apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, apņemos atlīdzināt visus līdz ar to nodarītos zaudējumus;
- Apziņos, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta tikai pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un tā rezultātā radušos zaudējumu apmēru, iesniegšanas BTA;
- Apliecinu, ka 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 (klasifikācijas) kodus saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem;
- Piekrītu, ka maksa par daļēji 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.

Pieteikuma iesniedzējs:

Vārds, uzvārds: _____

Paraksts: _____

Datums: _____