

# CEĻOJUMU APDROŠINĀŠANA

Atlīdzības pieteikums (Par personas veselības stāvokļa pasliktināšanos vai nāvi)

## Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds: Jānis Saulītis Pers.kods: 180564-22222

Adrese: Zvaigznāju iela 5-10, Rīga Pasta indekss: LV-1082

Tālrunis: 29191919 e-pasts: janis@janis.lv

Polises Nr.: LV18-CN-10010001-1 Ceļojuma sākuma un beigu datums: no 01.01.2018 līdz 10.01.2018

Ja pieteikums tiek iesniegts citas personas vārdā, norādiet šādus pārstāvējamā datus:

Vārds, uzvārds/Nosaukums: Pers.kods/Reģ.Nr.:

Adrese: Pasta indekss:

Tālrunis: e-pasts:

## Informācija par negadījumu

Datums: 05.01.2018 Laiks: 17:00 Vieta (adrese): Anglija, Londona

## Informācija par negadījuma apstākļiem

Ārsta slēdziens (diagnoze): Rokas lūzums

Negadījuma veids:

Nelaiemes gadījums:

sadzīves trauma  trauma ceļu satiksmes negadījumā  sporta trauma  darba trauma  cits

Neatliekamā zobārstniecība  Akūta smaga saslimšana  Nāve  Cits

Negadījuma apraksts (Notikumu gaitas apraksts detalizēti, hronoloģiskā secībā. Ja nepieciešams, pievienojiet uz atsevišķas lapas):

Kāpu pa kāpnēm lejā, paslīdēja kāja un nokrita uz labā sāna. Rezultātā sasitu labo roku, vērsos pie ārsta Londonas slimnīcā, kur veica izmeklējumus un konstatēja rokas lūzumu. Uzlika ģipša pārēju un izrakstīja no slimnīcas.

Negadījumam bija liecinieki: 1. Zane Saulīte

2. ----

(ja ir zināms, norādīt vārdu, uzvārdu, personas kodu, adresi, tālruni)

## Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds: Jānis Saulītis

Paraksts:

Datums: 10.01.2018

## Papildu informācija

Vai negadījuma dienā apdrošinātais lietoja alkoholu, narkotiskās, psihotropās vielas vai ārsta neizrakstītas zāles?	Nē <input checked="" type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(norādīt, ko tieši)
Vai pieteiktais negadījums ir noticis ceļu satiksmes negadījuma (CSNg) rezultātā?	Nē <input checked="" type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(norādīt CSNg izraisījušā transportlīdzekļa marku, 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 checked="" type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(norādīt apdrošināšanas sabiedrību)
Vai ir zināmas personas, kas ir vainojamas negadījuma izraisīšanā?	Nē <input checked="" type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(ja ir vairākas, tad norādīt visas)
Vai vainīgais labprātīgi ir piekritis atlīdzināt zaudējumus?	Nē <input checked="" type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(norādīt, kādā veidā un apmērā)

## Vēlamais apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas veids:

Apmaksājot pakalpojuma sniedzēja sniegtos pakalpojumus

Pārskaitījums:

Apdrošinātajam

Pilnvarotajai personai (izvēloties Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt Pilnvarotajai personai, jāiesniedz pilnvara)

Citai personai

Apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja:

Vārds, uzvārds/Nosaukums: Jānis Saulītis

Personas kods / Reģ.Nr.: 180564-22222

Adrese: Zvaigznāju iela 5-10, Rīga

Pasta indekss: LV-1082

Bankas nosaukums: AS SEB

Konta Nr.: LV00UNLA1000010000010

Valūta: EUR

Daļēji apmaksāto un neapmaksāto maksājuma dokumentu pēc lēmuma pieņemšanas:

Nevēlos saņemt

Vēlos saņemt pa pastu uz pieteikumā norādīto Apdrošinātā adresi

## Informācija par pieteikumam pievienotajiem dokumentiem

1. Ārsta izziņa no Londonas slimnīcas

2. veiktā RTG slēdziens

3. čeks par pakalpojumu apmaksu

4.

Informācija par maksājuma dokumentiem  
atlīdzības saņemšanai:

Skaits

Kopsumma

4

150GBP

## Parakstot šo Iesniegumu:

1. 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;

2. Pilnvaroju BTA (Vien.reģ.Nr. 40103840140) saņemt no citiem tiesību subjektiem (tai skaitā arī ārstniecības personām, ārstniecības iestādēm) informāciju par apdrošinātās personas veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, kas nepieciešama iespējamā apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai;

3. 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;

4. Apzinos, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta tikai pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un tā rezultātā radušos zaudējumu apmēru, iesniegšanas BTA;

5. Piekritu, 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;

6. Piekritu, ka tādos gadījumos, kad BTA izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība sedz daļu no apdrošināšanas gadījuma rezultātā nodarītajiem zaudējumiem, BTA savas tiesības uz regresa prasību pret personu, kas atbildīga par zaudējumiem, var izmantot neatkarīgi no tā, vai es (Apdrošinātais) realizēju vai nerealizēju savas tiesības celt prasību pret minēto personu.

7. Ja BTA pieņems lēmumu par atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, es informēšu Apdrošinājuma ņēmēju par BTA pieņemto lēmumu.

8. Apliecinu, ka man ir tiesības parakstīt šo Iesniegumu.

BTA informē, ka noslēgtā apdrošināšanas līguma izpildei BTA no Fizisko personu datu aizsardzības likuma izriet tiesības, ievērojot minētajā likumā noteikto, apstrādāt, t.sk. saņemt no reģistriem un datubāzēm, Apdrošinātā un Labuma guvēja personas datus, t.sk. personas identifikācijas kodus apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanai un tieši: pieteiktā apdrošināšanas riska iestāšanās gadījuma noregulēšanai, lēmuma pieņemšanai par apdrošinātā riska iestāšanās gadījuma atzīšanu par apdrošināšanas gadījumu, apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai un apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanai.

Ar šī pieteikuma iesniegšanu BTA tiek dota atļauja apstrādāt Apdrošinātā sensitīvos datus, jo neapstrādājot Apdrošinātā sensitīvos datus nav iespējama apdrošināšanas atlīdzības noregulēšana.

Atļauju BTA apstrādāt manus personas datus, t.sk. identifikācijas kodus statistisku, tirgus un sabiedriskā viedokļa pētījumu veikšanai, analīzei un atskaišu sagatavošanai, kā arī klientu aptauju veikšanai un riska vadības mērķiem.

## Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds: Jānis Saulītis

Paraksts:

Datums: 10.01.2018

## Aizpilda BTA pārstāvis!

Saņemšanas datums:

Saņēmēja vārds, uzvārds:

Paraksts: