

NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANA

LTFJA biedru atlīdzības pieteikums

Pieteikuma iesniedzējs

Apdrošinātais:

Vārds, uzvārds: Jānis Saulītis

Pers. kods: 180564-22222

Dzīvesvietas adrese: Zvaigznāju iela 5-10, Rīga

Pasta indekss: LV-1082

Tālrunis: 29191919

e-pasts: janis@janis.lv

Kuģa nosaukums: Stolt

Polises/kartes Nr.: LV17-09-100000700-7

Darba devēja (kuģniecības kompānijas) nosaukums: Stolt

Amats uz kuģa: Vecākais mehānikis

Norakstīšanas datums: 15.03.2018

Norakstīšanas iemesls: Līguma beigas

Apdrošinātā pārstāvis (Ja pieteikumu iesniedzat apdrošinātā vārdā):

Vārds, uzvārds:

Pers. kods:

Dzīvesvietas adrese:

Pasta indekss:

Tālrunis:

e-pasts:

Informācija par negadījumu

Datums: 10.04.2018

Laiks: 08:00

Vieta: Rīga, Brīvība iela 8

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: 10.04.2018

Līdz: 27.04.2018

Izdevējstāde: MS Elite

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

Gāju pa ielu, aizķērās kāja un nokritu. Vērsos pie ārsta, kur tika konstatēts labās kājas sastiepums.

Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds: Jānis Saulītis

Paraksts:

Datums: 10.04.2018

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 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 checked="" type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	(norādīt apdrošināšanas sabiedrību)

Negadījumam bija liecinieki: 1. Zane Saulīte 180564-22222, 29191918

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: Jānis Saulītis

Pers.kods/Reģ. Nr.: 180564-22222

Adrese: Zvaigznāju gatve 5-10, Rīga

Pasta indekss: LV-1082

Bankas nosaukums: AS SEB

Konta Nr.: LV00UNLA100000100001

Valūta: EUR

Dalēji apmaksāto un neapmaksāto maksājumu dokumentu pēc lēmuma pieņemšanas:

Nevēlos saņemt

Vēlos saņemt pa pastu uz pieteikumā norādīto Apdrošinātā adresi

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

1. Ārsta izziņa

2. RTG izmeklējums

3. Čeki par apmaksātajiem med. pakalpojumiem

4. DNL

Informācija par maksājumu dokumentiem
atlīdzības saņemšanai:

Skaitis	Kopsumma
4	70.00 EUR

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;
- Pilnvarojumu BTA 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.
- 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;
- Piekrītu, ka maksa par dalēji 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.

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, Apdrošinājuma ņēmēja, 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: 10.04.2018