

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

Atlīdzības pieteikums

Pieteikuma iesniedzējs

Apdrošinātais:

Vārds, uzvārds:

Personas kods:

Dzīvesvietas adrese:

Pasta indekss:

Tālrunis:

e-pasts:

Darba vieta:

Kartes Nr.:

Apdrošinātā pārstāvis (Ja pieteikumu iesniedzat apdrošinātā vārdā):

Vārds, uzvārds:

Personas kods:

Dzīvesvietas adrese:

Pasta indekss:

Tālrunis:

e-pasts:

Pieteikumam pievienoju šādus ar apdrošinātā pakalpojuma saņemšanu saistītus dokumentus

Pakalpojuma veids (apdrošināšanas programma):	Maksājuma dokumentu:		Papildu dokumenti:	
	skaits	kopsumma	veids	skaits
Ambulatorie, stacionārie pakalpojumi			Iestādes izraksts	
			Ārsta nosūtījums	
			Cits:	
Medikamentu iegāde			Recepte vai receptes kopija	
Optikas iegāde			Kartes daļa ar optikas programmas apzīmējumu	
			Recepte vai receptes kopija	
Zobārstniecības pakalpojumi			Iestādes izraksts	
Sporta nodarbības			Iestādes atskaite	
Rehabilitācija sanatorijā			Iestādes izraksts	

Ja lēmuma pieņemšanai par apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanu, papildus minētajiem būs nepieciešami citi dokumenti, BTA darbinieks ar Jums sazināsies.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt ar pārskaitījumu

<input type="checkbox"/> Apdrošinātajam	Banka:
<input type="checkbox"/> Pilnvarotai personai*	Konta Nr.:

* izvēloties Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt Pilnvarotajai personai, jāiesniedz notariāla pilnvara.

Papildu informācija

Ja pieteikumam pievienoti maksājumu dokumentu oriģināli, tad pēc lēmuma pieņemšanas daļēji apmaksāto un neapmaksāto maksājumu dokumentu oriģinālus:

- Nevēlos saņemt
- Vēlos saņemt pa pastu uz pieteikumā norādīto Apdrošinātā adresi:
- vienkāršā vēstulē
 - ierakstītā vēstulē

Ja pieteikumam pievienoti ieskanēti maksājumu dokumenti vai to kopijas, tad apņemos uzglabāt pieteikumam pievienoto dokumentu oriģinālus visu apdrošināšanas līguma darbības laiku un nekavējoties iesniegt tos BTA pēc pieprasījuma.

Ar savu parakstu apliecinu, ka:

- iesniedzu patiesu informāciju;
- nepieprasīšu kompensāciju no citām institūcijām par BTA atlīdzināto izdevumu daļu;
- esmu informēts, ka par nepatiesu vai maldinošu ziņu sniegšanu iespējams atlīdzības atteikums un par to var iestāties Krimināllikuma 177. pantā (krāpšana) vai 178. pantā (apdrošināšanas krāpšana) paredzētā atbildība;
- atļauju BTA jebkurā ārstniecības iestādē saņemt jebkuru informāciju par 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 apņemos 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.
- atļauju BTA, kā sistēmas pārzini, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, kā arī SIA „Blue Bridge Technologies” (VRN: 40003932716, adrese Mazā Nometņu iela 31, 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!

Saņemšanas datums:

Saņēmēja vārds, uzvārds:

Paraksts: