

**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS
 VESELĪBAS APDROŠINĀŠANĀ**



Ievadišanas datums _____

Polises sērija un numurs _____

Lietas numurs _____

Atzīme par dokumenta saņemšanu _____

Pieteikuma iesniedzējs	
Vārds, uzvārds _____	Personas kods _____
Adrese _____	Tālrunis _____

Apdrošinājumaņēmējs	
Vārds, uzvārds _____	Personas kods _____
Adrese _____	Tālrunis _____

Apdrošinātais	
Vārds, uzvārds _____	Personas kods _____
Adrese _____	Tālrunis _____

Apdrošināšanas gadījums	
<input type="checkbox"/> Pacienta iemaksa par ārstēšanos ambulatorās iestādēs _____ (summa)	<input type="checkbox"/> Optika _____ (summa)
<input type="checkbox"/> Ambulatorie medicīniskie maksas pakalpojumi _____ (summa)	<input type="checkbox"/> Rehabilitācija _____ (summa)
<input type="checkbox"/> Pacienta iemaksa par iestāšanās stacionārā _____ (summa)	<input type="checkbox"/> Speciālistu maksas konsultācijas _____ (summa)
<input type="checkbox"/> Maksas pakalpojumi stacionārā _____ (summa)	<input type="checkbox"/> Pirmsdzemdību aprūpe, dzemdību palīdzība _____ (summa)
<input type="checkbox"/> Vakcinācija _____ (summa)	<input type="checkbox"/> Zobārstniecība _____ (summa)
<input type="checkbox"/> Masāža _____ (summa)	<input type="checkbox"/> Sports _____ (summa)
<input type="checkbox"/> Medikamenti _____ (summa)	<input type="checkbox"/> Citi pakalpojumi _____ (summa)

Atlīdzība	
Izdevumu kopējā summa _____	Izmaksāt (vārds, uzvārds, pers. kods) _____
Izmaksāt _____	
Skaidrā naudā (līdz 50 LV) <input type="checkbox"/>	Filiālē _____
Ar pārskatījumu <input type="checkbox"/>	Bankā _____ Kods _____ IBAN Konts _____

Dokumentus iesniegšanai VID vēlos saņemt atpakaļ	
<input type="checkbox"/> Pa pastu	<input type="checkbox"/> Rīgā, E. Birznieka-Upīša ielā 12

Esmu informēts, ka par nepatiesu ziņu sniegšanu iespējams atlīdzības atteikums un par to var iestāties Krimināllikuma 177. pantā vai 178. pantā paredzētā kriminālatbildība. Ar šo apliecinu, ka atļauju «BALVA» AAS, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram, apdrošināšanas līguma izpildei saņemt un apstrādāt pieteikumā minētos personu datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas kodus, saskaņā ar Fizisko personu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem. Ar šo pilnvaroju apdrošinātāju apdrošināšanas atlīdzības noteikšanai pieprasīt un saņemt nepieciešamos dokumentus un rakstisku informāciju no citiem tiesību subjektiem, tai skaitā no ārstiem, kuri ir ārstējuši vai izmeklējuši apdrošināto nelaiemes gadījuma vai citu iemesla dēļ, valsts iestādēm un citām apdrošināšanas sabiedrībām. Apzinos, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta tikai pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un tā rezultātā radušos zaudējumu apmēru, iesniegšanas.

Vārds, uzvārds _____

Paraksts _____

Datums _____

Aizpilda «BALVA» AAS darbinieki	
Polises apdrošināšanas premija _____	Parāds par polisi _____
Datums _____	Paraksts _____