Baltikums Apdrošināšana

Lietas Nr.

DIENNAKTS INFORMĀCIJAS www.80002001.lv BEZMAKSAS TĀLRUNIS

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS IZBRAUCĒJIEM UZ ĀRZEMĒM ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS

APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds	Personas kods ☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐
Dzīvesvietas adrese	LV- Kontakttālrunis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Apdrošināšanas polises	Apdrošinājuma summa	Apdrošināšanas periods
Sēr. _____ Nr._____	_____	no ____.____._____ līdz ____.____._____.

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA DATUMS, LAIKS, VIETA

200___. gada ____. _____ plkst. _____:_____ pilsēta_____ valsts_____

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA RAKSTURS

☐ Sadzīves trauma ☐ Darba trauma ☐ Sporta trauma
☐ Slimība ☐ Ceļu satiksmes negadījums ☐ Stomatoloģiskā palīdzība
☐ Reisa aizkavēšanās ☐ Bagāžas aizkavēšanās ☐ Bagāžas nozaudēšana / bojāšana
☐ Cits _____

VAI APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA IESTĀŠANOS PIETEIKTA MEDICINISKĀS PALĪDZĪBAS DIENESTAM?

☐ JĀ ☐ NĒ, jo _____

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA DETALIZĒTS APRAKSTS

PIRMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA

200___. gada ____. _____ Medicīniskā iestāde_____

PERSONĪGI APMAKSĀTIE IZDEVUMI PAR ĀRSTĒŠANOS

☐ NAV ☐ IR, par summu _____

PIEVIENOTIE DOKUMENTI

☐ Rēķini un čeki _____ gab. ☐ Medicīniskā dokumentācija ___ gab ☐ Apdrošināšanas polises oriģināls

Citi dokumenti: _____
_____

ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAS VEIDS

☐ Skaidrā naudā ☐ Ar pārskaitījumu

Banka	Konta numurs ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Konta īpašnieks -Vārds, uzvārds	Personas kods ☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐

Saskaņā ar LR „Fizisko personu datu aizsardzības likumu", atļauju AAS „Baltikums" kā sistēmas pārzinim saņemt un apstrādāt manus personas datus, tai skaitā sensitīvus personas datus, kā arī AAS „Baltikums" ārstiem ekspertiem iepazīties ar manu medicīnisko dokumentāciju ārstniecības iestādēs, lai lemtu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu.

Datums _____ Paraksts _____Paraksta atšifrējums_____

Aizpilda AAS „Baltikums" darbinieks

RĪKOJUMS

Izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību ☐ apmērā

_____

Datums _____ Ārsta eksperta paraksts _____