

## NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS

Lietas Nr.

(aizpilda apdrošinātājs)

DIENNAKTS INFORMĀCIJAS  
**80002001**.lv  
BEZMAKSAS TĀLRUNIS

APDROŠINĀTAIS		
Vārds, uzvārds	Personas kods □□□□□□ – □□□□□□	
Dzīvesvietas adrese	LV- □□□□□□	Kontakttālrunis □□□□□□□□
Apdrošināšanas polises Sēr. _____ Nr. _____	Apdrošinājuma summa _____	Apdrošināšanas periods no ____ . ____ . ____ līdz ____ . ____ . ____

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA DATUMS, LAIKS, VIETA
200 ____ . gada ____ . _____ plkst. ____ : ____ pilsēta _____ valsts _____

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA RAKSTURS
<input type="checkbox"/> Sadzīves trauma <input type="checkbox"/> Darba trauma <input type="checkbox"/> Sporta trauma <input type="checkbox"/> Cits _____

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA DETALIZĒTS APRAKSTS

PIRMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA
200 ____ . gada ____ . _____ Medicīniskā iestāde _____

ĀRSTĒŠANĀS LAIKS
no 200 ____ . gada ____ . _____ līdz 200 ____ . gada ____ . _____ , t.sk. slimnīcā _____ dienas

PIEVIENOTIE DOKUMENTI
<input type="checkbox"/> Rēķini un čeki ____ gab. <input type="checkbox"/> Medicīniskā dokumentācija ____ gab <input type="checkbox"/> Apdrošināšanas polises oriģināls Citi dokumenti: _____

ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAS VEIDS	
<input type="checkbox"/> Skaidrā naudā <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_