Baltikums Apdrošināšana

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS

Pieteikuma Nr.
(aizpilda apdrošinātajs)

DIENNAKTS INFORMĀCIJAS www.80002001.lv BEZMAKSAS TĀLRUNIS

APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds	Personas kods ☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐
Dzīvesvietas adrese	LV- ☐☐☐☐ Kontakttālrunis ☐☐☐☐☐☐☐☐
Apdrošināšanas kartes Nr. GJ - _____ / _____	Apdrošinājuma ņēmējs (darba devējs)

Programma ☐ STANDARTA ☐ EKSTRA ☐ LUKSUS ☐ LUKSUS PLUSS

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS

☐ Ārstēšanas ambulatori ☐ Zobārstniecība ☐ Medikamentu iegāde
☐ Ārstēšanas stacionāri ☐ Optika ☐ Sports
☐ Cits _____

PIEVIENOTIE DOKUMENTI

☐ Čeki ____ gab. ☐ Receptes ____ gab. ☐ Potēšanas pases kopija
☐ Stingrās uzskaites kvītis ____ gab. ☐ Medicīniskā dokumentācija ____ gab.

ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAS VEIDS UN SAŅEMTO PAKALPOJUMU SUMMA

☐ Skaidrā naudā
☐ Ar pārskaitījumu

Saņemti pakalpojumi par kopējo summu, LVL ☐☐☐☐☐

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 LVL ☐☐☐☐☐ apmērā

_____

_____

_____

Datums _____ Ārsta eksperta paraksts _____

AAS „Baltikums", Adrese: Ūdens 12, 110.kab., Rīga, LV-1007 , tālr.: 67807421, fakss: 67165307, e-pasts: veseliba@baltikums.lv www.baltikums-online.lv