

I. Apdrošinātā persona

Vārds, uzvārds Personas kods -
Dzīvesvietas adrese LV -
Tālrunis E-pasts

Apdrošināšanas kartes Nr.: GJ - / Apdrošinājumaņēmējs (darba devējs)
Programma: STANDARTA EKSTRA LUKSUS LUKSUS PLUS

II. Apdrošināšanas gadījums

<input type="checkbox"/> Pacienta iemaksa	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zobārstniecība	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Maksas ambulatorie pakalpojumi	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Medikamenti	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Maksas pakalpojumi stacionārā	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sports	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ambulatorā rehabilitācija	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Optika	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Vakcinācija	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Stacionārā rehabilitācija	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Grūtnieču aprūpe, dzemdības	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Citi dokumenti (piem. izraksts, recepte u.c.)	<input type="text"/>	čeku skaits	<input type="text"/>	summa	<input type="text"/>

Saņemti pakalpojumi par kopējo summu, EUR

III. Atlīdzības saņemšanas veids

Skaidrā naudā **SVARĪGI!** Izmaksu skaidrā naudā var saņemt tikai centrālajā birojā Rīgā, Ūdens ielā 12, uzrādot personu apliecinošu dokumentu. Skaidras naudas izmaksas limits EUR 150.00
 Ar bankas pārskaitījumu (izvēloties Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt Pilnvarotajai personai, jāiesniedz pilnvara)

Konta īpašnieks (vārds, uzvārds) Personas kods -
Banka Konta numurs

DOKUMENTU ORIĢINĀLUS IESNIEGŠANAI VID VĒLOS SAŅEMT ATPAKĀJ

pa pastu (uz norādīto dzīvesvietas adresi) Rīgā, Ūdens ielā 12 nevēlos saņemt

Ar savu parakstu apliecinu, ka visa manis sniegtā informācija ir patiesa. Apliecinu, ka "Baltikums Vienna Insurance Group" AAS ir tiesīgs iepazīties un pieprasīt jebkuru rakstisku informāciju un dokumentus, kas nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības noteikšanai pirms atlīdzības izmaksas. Ārsti un medicīnas iestādes, pie kurām vērsas "Baltikums Vienna Insurance Group" AAS, tiek pilnvaroti sniegt tai nepieciešamo informāciju attiecībā uz manu veselības stāvokli un medicīnisko aprūpi.

Ar šo apliecinu, ka atļauju "Baltikums Vienna Insurance Group" AAS, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram, apstrādāt un/vai nodot apstrādei trešajai personai manus personas datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem. Apzinos, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta tikai pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un tā rezultātā radušos zaudējumu apmēru, iesniegšanas.

SVARĪGI! Gadījumā, ja tiek iesniegti čeku un medicīnisko dokumentu kopijas, apliecinu, ka dokumentu kopijas ir izdarītas no oriģināla un atbilst tam. Aņņemos nepieprasīt kompensāciju no citam institūcijām par Apdrošinātāja atlīdzināto izdevumu daļu, ka arī uzglabāt pieteikumam pievienoto dokumentu oriģinālus vismaz 3 (tris) gadus un pēc pieprasījuma nekavējoties, bet ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā, tos uzrādīt Apdrošinātājam.

Piekrītu visu informāciju, kas saistīta ar veselības apdrošināšanas līguma izpildi, tai skaitā arī informāciju par pieņemto lēmumu, saņemt uz pieteikumā norādīto e-pastu.

Pieteikuma iesniegšanas datums Vārds, uzvārds paraksts

Aizpilda "Baltikums Vienna Insurance Group" AAS darbinieks Izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību EUR apmērā

Datums: Ārsta eksperta paraksts