



ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAI



Pieteikuma Nr. _____

Vispārējā informācija

Apdrošinājumaņēmējs

Nosaukums: _____

Apdrošinātā persona

If Veselības apdroš. kartes Nr.: _____

Vārds, uzvārds: _____, P.k.: _____

Adrese: _____, LV- _____

Tālrunis: _____

Apdrošināšanas gadījums

- | | | |
|--|---|---|
| Ārstēšanās ambulatori <input type="checkbox"/> | Ārstēšanās dienas stacionārā <input type="checkbox"/> | Medicīniskā stacionārā rehabilitācija <input type="checkbox"/> |
| Ārstēšanās stacionāri <input type="checkbox"/> | Ambulatorā rehabilitācija (masāža, ĀF) <input type="checkbox"/> | Profilaktiskās apskates darba apstākļu dēļ <input type="checkbox"/> |
| Medikamentu iegāde <input type="checkbox"/> | Zobārstniecības pakalpojumi <input type="checkbox"/> | Vakcinācija <input type="checkbox"/> |
| Optikas iegāde <input type="checkbox"/> | Sports <input type="checkbox"/> | cits _____ <input type="checkbox"/> |

Saņemto ārstniecības pakalpojumu apraksts

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt

Apdrošinātai personai

Ar pārskaitījumu uz manu bankas kontu

Vārds, uzvārds: _____

Banka: _____, konta Nr.: _____

Pilnvarotajai personai

Ar pārskaitījumu uz pilnvarotās personas bankas kontu
(saskaņā ar pielikumā pievienoto pilnvarojumu)

Vārds, uzvārds: _____, P.k.: _____

Banka: _____, konta Nr.: _____

Adrese: _____, LV- _____

Pievienotie dokumenti

- | | | |
|---|---|---|
| Ceki (skaits) <input type="checkbox"/> | Medicīniskā dokumentācija (skaits) <input type="checkbox"/> | Pilnvara (ja cita persona pilnvarota saņemt atlīdzību) <input type="checkbox"/> |
| Stingrās uzskaites kvītis (skaits) <input type="checkbox"/> | Receptes (skaits) <input type="checkbox"/> | cits _____ <input type="checkbox"/> |

Lūdzu atlīdzināt ārstniecības pakalpojumu izdevumus par kopējo summu Ls: _____

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai. Apzinos, ka, sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, If P&C Insurance AS Latvijas filiālei ir tiesības neizmaksāt man vai apdrošināšanas līgumā noteiktajai personai apdrošināšanas atlīdzību, un es varu tikt saukts pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Ar šo apliecinu, ka saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem atļauju If P&C Insurance AS Latvijas filiālei, kā sistēmas pārzini un personas datu operatoram, apstrādāt manus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi. Kā arī pilnvaroju If P&C Insurance AS Latvijas filiāli saņemt manus personas datus, tai skaitā sensitīvos personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, no citām juridiskām vai fiziskām personām. Ar šo pilnvarojumu If P&C Insurance AS Latvijas filiāli augstāk minēto informāciju saņemt arī no SIA „Apdrošināšanas Serviss – Brokeri” un sniegt šādu informāciju SIA „Apdrošināšanas Serviss – Brokeri”, ciktāl tas ir nepieciešams apdrošināšanas gadījuma noregulēšanai.

Ar šo es pilnvaroju SIA „Apdrošināšanas Serviss – Brokeri” manā vārdā iesniegt veselības apdrošināšanas atlīdzības pieprasījumu un saņemt informāciju par pieteikuma izskatīšanu, tai skaitā, bet ne tikai, iesniegt šādu veselības apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu, izmantojot If P&C Insurance AS Latvijas filiāles izstrādāto If Portālu internetā.

Apdrošinātās personas paraksts

Vārds, uzvārds: _____, Paraksts _____

Datums: 201__ . gada ____ . _____