



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: _____, e-pasta adrese: _____

Apdrošināšanas gadījums

Ārstēšanās ambulatori Ārstēšanās dienas stacionārā Medicīniskā stacionārā rehabilitācija

Ārstēšanās stacionāri Ambulatorā rehabilitācija (masāža, ĀF) Profilaktiskās apskates darba apstākļu dēļ

Medikamentu iegāde Zobārstniecības pakalpojumi Vakcinācija

Optikas iegāde Sports cits _____

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) Medicīniskā dokumentācija (skaits) Pilnvara (ja cita persona pilnvarota saņemt atlīdzību)

Stingrās uzskaites kvītis (skaits) Receptes (skaits) cits _____

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 savu parakstu apliecinu, ka saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem normatīviem aktiem atļauju vai gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs, apdrošinātais un persona, kas paraksta pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta pieteikumu esmu saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu apdrošinātā objekta īpašnieka un/vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja rakstisku atļauju, ka If P&C Insurance AS Latvijas filiālei kā sistēmas pārzinis un datu operators apdrošināšanas līguma darbības nodrošināšanai, kā arī tirgus izpētes un apdrošināšanas pakalpojumu piedāvāšanas nolūkos apstrādā manus vai apdrošinātā objekta īpašnieka, vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus, tai skaitā, bet ne tikai, sensitīvos personas datus, kā arī atļauju If P&C Insurance AS Latvijas filiālei saņemt manus vai apdrošinātās personas vai apdrošināšanas līgumā noteiktā apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus no valsts un pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām.

Apdrošinātās personas paraksts

Vārds, uzvārds: _____, Paraksts _____

Datums: 201__ . gada ____ . _____