

Veselības apdrošināšanas kartes Nr. / Номер карты страхования здоровья / Health insurance card No.



ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANĀ / ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ВОЗМЕЩЕНИЯ СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ / HEALTH INSURANCE INDEMNITY CLAIM

I Apdrošinātā persona / Страхователь / Policy holder

Uzņēmuma nosaukums / Название места работы / Place of work

Ieņemamais amats / Занимаемая должность / Position

Vārds, uzvārds / Имя, фамилия / Name, Surname

Personas kods / Персональный код / Identity No.

E-pasts / Эл. почта / E-mail

Tālrunis / Телефон / Telephone *

Adrese / Адрес / Address

* Informējam, ka visas tālruna sarunas atbildību lietas ietvaros tiek ierakstītas, lai nodrošinātu BALTA pakalpojumu kvalitāti un atbilstību atbildības gadījumu izvērtēšanā.

* Сообщаем, что все разговоры о деле по возмещению будут записываться в целях обеспечения качества и соответствия услуг BALTA при рассмотрении случаев возмещения.

* We hereby inform you that all conversations regarding an insurance claim will be recorded to ensure the quality and compliance of BALTA services in the assessment of compensation cases.

II Pievienotie dokumenti (skaits) / Примечания (количество) / Documents attached (number)

Čeki / Чеки /
Cash register receipts

Stingrās uzskaites kvīts /
Квитанция строгой отчетности /

Medicīniskā dokumentācija /
Медицинская документация /
Medical documentation

Receptes /
Рецепты /
Prescriptions

Cits /
Другое /
Other

Izdevumu kopējā summa EUR /
Общая сумма расходов / Total expenses

III Apdrošināšanas atlīdzība / Страховое возмещение / Insurance indemnity

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt /
Выплатить страховое возмещение /
Disburse insurance indemnity

Ar pārskaitījumu uz manu bankas kontu /
Путем перечисления на мой банковский счет /
By transfer to my bank account

Ar pārskaitījumu uz pilnvarotās personas kontu (saskaņā ar pielikumā pievienoto pilnvarojumu) /
Путем перечисления на счет уполномоченного лица (в соответствии с доверенностью, имеющейся в приложении) /
By transfer to the bank account of the authorised person (on the basis of the attached power of attorney)

Banka / Банк / Bank

IBAN konts / Номер счета IBAN / IBAN account

Esmu informēts, ka par nepatiesu vai maldinošu ziņu sniegšanu iespējams atbildības atteikums un var iestāties Krimināllikuma 177. pantā (krāpšana) vai 178. pantā (apdrošināšanas krāpšana) paredzētā kriminālatbildība. Ar šo pilnvarojumu apdrošinātāju pieprasīt un saņemt no citiem tiesību subjektiem (tajā skaitā no ārstniecības personām, ārstniecības iestādēm, Nacionālā veselības dienesta) informāciju par apdrošinātās personas veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, kas nepieciešama iespējamā apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai. Ar šo apstiprinu, ka piekritu ekspertīzei pie Apdrošinātāja izvēlēta ārsta veselības stāvokļa pārbaudei saistībā ar apdrošināšanas gadījumu. Esmu informēts, ka AAS BALTA kā datu pārzinis apstrādā pieteikumā norādītos personas datus (tajā skaitā īpašu kategoriju personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus) ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi. Gadījumā, kad apdrošināšanas līgumā noteiktais atbildības saņēmējs vai apdrošinātais persona, kas paraksta šo pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta pieteikumu, apliecinu, ka esmu saņēmis(-usi) un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu atbildības saņēmēja un apdrošinātā rakstisku atļauju šajā pieteikumā noteiktajai personas datu apstrādei.

Uzzināt vairāk par personas datu apstrādi varat BALTA mājaslapās sadaļā "Par mums" [šeit](#), klientu apkalpošanas centrā vai rakstot uz elektroniskā pasta adresi manidati@balta.lv.

Apmēros, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta tikai pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un tā rezultātā radušos zaudējumu apmēru, iesniegšanas apdrošinātājam.

Я проинформирован, что в случае предоставления недостоверных или вводящих в заблуждение сведений возможен отказ в выплате возмещения и может наступить уголовная ответственность, предусмотренная статьей 177 (мошенничество) или статьей 178 (мошенничество при страховании) Уголовного закона. Настоящим уполномочиваю страховщика запрашивать и получать от других субъектов (в том числе у медицинского персонала, от лечебных учреждений, Национальной службы здравоохранения) информацию о состоянии здоровья застрахованного лица и полученной застрахованным лицом медицинской помощи, что является необходимым для выяснения обстоятельств возможного страхового случая. Настоящим подтверждаю, что согласен с проведением экспертизы состояния здоровья у выбранного страховщиком врача в связи страхового случая. Я проинформирован, что CAO BALTA, как контроллер данных, обрабатывает указанные в заявке персональные данные (включая персональные данные особой категории и коды личной идентификации (классификации) с целью обеспечения выполнения договора страхования. В случае, когда определенный в страховом договоре получатель возмещения или страхователь и лицо, которое подписывает настоящую заявку, не являются одним и тем же человеком, то тогда я как лицо, которое подписывает заявку, подтверждаю, что я получил(-а) и в случае необходимости предъявлю письменное разрешение получателя возмещения и страхователя на определенную данной заявкой обработку личных данных. Узнать больше об обработке личных данных Вы можете [здесь](#), в центре обслуживания клиентов или, отправив письмо на адрес электронной почты manidati@balta.lv. Осознаю, что выплата страхового возмещения осуществляется только после подачи страхователю всех необходимых документов, которые подтверждают наступление страхового случая и размер возникших в его результате убытков.

I am informed that in case of providing false or misleading information, the refusal to disburse the indemnity and criminal liability, provided for by Section 177 (fraud) or Section 178 (insurance fraud) of the Criminal Law, may arise. I hereby authorize the insurer to request and receive from other legal entities (including medical practitioners, medical institutions, the National Health Service) information regarding the health condition of the insured person and the received medical assistance required for the clarification of the circumstances of the potential insured event. I hereby confirm, that I agree to expert examination by a doctor selected by the Insurer for examination of my health condition in relation to an insurance event. I am informed, that IJSC BALTA as the data controller processes the personal data indicated in the application (including personal data of special categories and personal identification (classification) codes) for the purpose of performance of the insurance contract. In case the recipient of compensation specified in the insurance agreement or insured person is not the same person who signs this application, I, being a natural person who signs this application, hereby acknowledge that I have received, and can present whenever necessary, a written permission from the recipient of compensation and insured person for the processing of personal data under this application.

To learn more about the processing of personal data please visit [here](#), the Client Service Centre or write an e-mail to manidati@balta.lv.

I am aware that the insurance indemnity is disbursed only upon submission of all necessary documents confirming the insured event and the losses incurred as a result thereof to the insurer.

Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzību vēlos saņemt uz /
I would like to receive the decision on the insurance indemnity to my:

E-pasta adresi /
Адрес эл. почты /
E-mail address

Pasta adresi /
Адрес /
Mailing address

Vēlos saņemt izziņu par kalendārā gadā daļēji apmaksātajiem ārstniecības izdevumiem un zobārstsniecības pakalpojumiem, iesniegšanai VID /
I want to receive a certification regarding the health treatment and dental treatment services partially paid for during the calendar year for its filing with the SRS to the:

www.balta.lv / Mana apdrošināšana
www.balta.lv / Мое страхование

Apdrošinātās personas paraksts / Подпись / Signature

Datums / Дата / Date