

# PIETEIKUMS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAI

<b>APDROŠINĀTAIS</b>	
Vārds Uzvārds	Personas kods <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Adrese (iela, pilsēta/ pagasts/ rajons) Deklarēta	LV - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Tālrunis <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Faktiskā	E-pasts
Darba vieta/ apdrošinājumaņēmējs	Apdrošināšanas polises Nr.: Sērija <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
<b>APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS</b>	
<input type="checkbox"/> Pacienta iemaksas <input type="checkbox"/> Rehabilitācija stacionārā <input type="checkbox"/> Medikamenti <input type="checkbox"/> Speciālistu maksas konsultācijas <input type="checkbox"/> Ambulatorie medicīniskie maksas pakalpojumi <input type="checkbox"/> Zobārstniecība <input type="checkbox"/> Vakcinācija <input type="checkbox"/> Ārstēšanās stacionārā par maksu <input type="checkbox"/> Veselības veicināšana <input type="checkbox"/> Masāža <input type="checkbox"/> Pirmsdzemdību aprūpe, dzemdību palīdzība <input type="checkbox"/> Optika <input type="checkbox"/> Citi pakalpojumi/Papildu informācija	

**IESNIEDZU** \_\_\_\_\_ čekus par kopējo summu \_\_\_\_\_ LVL.

<b>APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAS VEIDS</b>	
<input type="checkbox"/> Skaidrā naudā	<input type="checkbox"/> Ar pārskaitījumu uz manu bankas kontu Banka _____ IBAN kods Nr.: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
<b>APSTIPRINĀJUMS</b>	
Ar savu parakstu apliecinu, ka visa mana sniegtā informācija ir patiesa. Ar šo apliecinu, ka, saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem, atļauju RSK apdrošināšanas AS, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram, saņemt no citām juridiskām vai fiziskām personām un apstrādāt manus personas datus, tai skaitā sensitīvos personas datus un personas identifikācijas (kvalifikācijas) kodus, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi.	
Datums	Paraksts

### PAKALPOJUMU APMĀKSAS KĀRTĪBA

Atlīdzības pieteikumu Jūs varat iesniegt 30 dienu laikā pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās visos RSK birojos un filiālēs vai nosūtīt pa pastu ierakstītā vēstulē. RSK apdrošināšanas AS neatbild par VAS "Latvijas Pasts" saistībām. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta 15 dienu laikā, kad pieņemts lēmums par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, skaidrā naudā vai pārskaitot uz apdrošinātā norādīto bankas kontu. Atlīdzības pieteikuma veidlapu var saņemt RSK birojos un filiālēs vai izdrukāt no interneta mājas lapas www.rsk.lv

Forma Nr. KA. 08/ Marts' 2009

1 no 2

## AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

<b>Pieteikums saņemts</b>	
<b>Apdrošināšanas atlīdzības samaksas sadalījums pēc čekiem</b>	
<b>Izmaksājamā atlīdzība</b>	
<b>Apstiprinājumi</b>	
(paraksts, datums)	