

Заполнение заявления на возмещение по страхованию здоровья BaltaOnline.lv

1. Открыть форму заявления на www.baltaonline.lv

BALTA BaltaOnline. Заявите о возмещении в интернете! Lat | Rus

Приобретение полиса **Заявление на возмещение** Управление

1. Выбрать раздел «Заявление на возмещение»

САО "BALTA" предлагает своим клиентам простой и быстрый процесс заявления на возмещение - заявить о страховом случае по страхованию транспорта, имущества, здоровья или несчастного случая, заполнив электронное заявление, используя возможность присоединения документов - посредством фотографирования или сканирования.

Заяви возмещение в интернете!

Регистрация чеков, связанных со здоровьем

Имущество физического лица

2. Выбрать «Регистрация чеков, связанных со здоровьем»

2. Авторизация застрахованного лица

1 Поиск 2 Заявление 3 Приложения 4 Подтверждение

Страхование возмещение может заявить только застрахованное лицо, которое воспользовалось услугами, связанными с лечением, стоматологией, оптикой, медикаментами, спортом.

Для заявления возмещения по страхованию здоровья к электронному заявлению требуется обязательно присоединить отсканированные или сфотографированные документы, подтверждающие оплату расходов а также медицинские документы (в случае, если заявление возмещения по страхованию здоровья связано с вакцинацией, то необходимо присоединить копию паспорта прививок; если связано с диагностическими исследованиями и анализами, то необходимо присоединить копию врачебно направления; если связано с массажными и другими реабилитационными услугами, то также необходимо присоединить копию врачебно направления; если связано с медикаментами, то необходимо присоединить копии рецептов на медикаменты). Заявление на возмещение без прилагаемых документов, подтверждающих оплату расходов, не будет зарегистрировано!

Параметры поиска

Персональный код застрахованного лица:

Искать

3. Введите свой персональный код и нажмите «Искать».

Персональный код должен соответствовать тому, который указан на карте страхования здоровья.

3. Ввод данных в заявление о здоровье

1 Поиск 2 Заявление 3 Приложения 4 Подтверждение

4. Проверьте правильность указанных данных.

Инструкция по заполнению заявления

Застрахованное лицо		Страхователь
Номер карты	Срок годности	
750614	2016.12.31	BALTA AAS

5. Выберите дату получения услуги из календаря

Подтверждающий оплату расходов документ № 1

Дата получения услуги (?): 13.01.2016

Регистрационный № учреждения (?): **6.** 400031882

Или Код медицинского учреждения (?): 010064114

Название учреждения (?): **7.** Veselibas cer

Номер чека (?): **8.** AB12345

январь, 2016							×
«	<	Сегодня	>	»			»
нед	пон	втр	срд	чет	пят	суб	вск
						1	2 3
	1	4	5	6	7	8	9 10
	2	11	12	13	14	15	16 17

- 6.** Введите регистрационный номер или код медицинского учреждения, указанный в платежном документе.
- 7.** Если остальные данные об учреждении не изменятся автоматически, необходимо ввести также название учреждения.
- 8.** Введите номер чека, квитанции или банковского платежа.

9. Введите регистрационный номер или код медицинского учреждения, указанный в платежном документе.

Валюта:

Услуга (?)	Манипуляция (?)	Число услуг	Цена одной услуги	Сумма	
Посещение врача. Домашний виз	Консультация у хирурга	1 ×	15.00	15.00	Удалить
Пациентский взнос (семейный в		1 ×			Удалить

+ Добавить услугу

- Взнос пациента за лечение в дневном стационаре – за каждый день (7,11 евро)
- Взнос пациента за лечение в круглосуточном стационаре
- Взнос пациента за Магнитный резонанс (МР) в стационаре
- Взнос пациента за Магнитный резонанс(МР), амбулаторно
- Взнос пациента за реабилитацию в стационаре

Если необходимо – приложите следующий платежный/чек/квитанцию

Сумма 15.00

Удалить платежный документ (?)

+ Добавить еще один платежный документ

Подтверждающий оплату расходов документ № 2

Дата получения услуги (?):

Регистрационный № учреждения (?):

10. Заполните поля необходимой информацией.

Возмещение

Заполните реквизиты застрахованного лица для получения возмещения

Персональный код:	000000-00000
№ банковского счета ^(?) :	LV13HABA055
Контактный телефон:	67522275
Адрес для корреспонденции, поселок, волость, край, город:	Rīga
улица:	Raunas iela
дом:	10/12
квартира:	
почтовый индекс:	LV-1039
Э-почта:	balta@balta.lv

Данные об адресе выберите из списка или начните ввод текста, и будет предложено автоматическое заполнение

11. Укажите адрес эл-почты, который в дальнейшем будет использоваться для связи с Вами.

Сделайте отметку, если хотите получать справку о частичной компенсации.

Справка СГД за прошлый календарный год подготавливается до 1 марта текущего года. Она высылается на указанный вами адрес эл-почты или почтовый адрес.

Компенсация

Желая получить на указанный в заявлении адрес справку о частично компенсированных затратах на лечение и стоматологию для представления в Службу государственных доходов (СГД).

Информируем, что, согласно правилам № 336 Кабинета министров от 31 июля 2001 года, оправданными расходами на образование и лечение не считаются:

- расходы на приобретение оптических изделий (очков и линз);
- расходы на медикаменты.

Информируем, что Вы несете ответственность за достоверность информации при подаче документов в СГД.

[← предыдущий шаг](#)

[следующий шаг >](#)

12. После заполнения данных переходите к следующему шагу.

4. Приложение платежных и медицинских документов

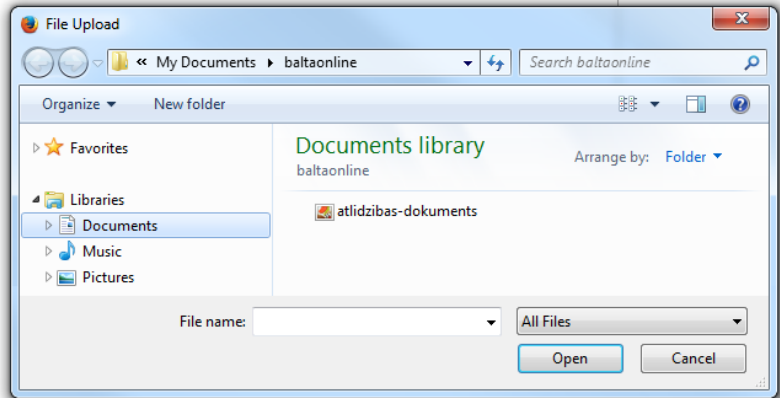
1 Поиск 2 Заявление 3 **Приложения** 4 Подтверждение

Список приложений

Максимально допустимое количество приложений - 20 файлов, 20 МБ

Просьба приложить платежные документы и соответствующие дополнительные документы

№. Приложение
1. atidzibas-dokuments.bmp ✕ Удалить
➤ Загрузить приложения



13. Выбрав «Загрузить приложения», откроется окно загрузки.

Выберите платежный или медицинский документ, сохраненный на устройстве.

[← предыдущий шаг](#)

[следующий шаг >](#)

14. После добавления документа перейдите к следующему шагу.

1 Поиск 2 Заявление 3 **Приложения** 4 **Подтверждение**

Подтвердите, что ознакомились с правилами подачи заявления на возмещение по страхованию здоровья:

Настоящим удостоверяю, что я разрешаю страховому акционерному обществу CAO BALTA как заведующему системой и оператору личных данных получать и обрабатывать мои личные данные, в том числе чувствительные личные данные и идентификационные (классификационные) коды лица с целью обеспечить выполнение страхового договора. Подписанием настоящего заявления удостоверяю, что мне известно и я согласен с тем, что мои личные данные могут передаваться операторам данных CAO BALTA. Со списком операторов по обработке данных можно ознакомиться на интернет-странице CAO BALTA по адресу www.balta.lv.

Настоящим уполномочиваю Страховщика запрашивать и получать от других субъектов права (включая медицинских работников, медицинские учреждения, Национальную службу здоровья, Службу государственных доходов и др.) и накапливать информацию о состоянии здоровья застрахованного лица, полученной медицинской помощи, а также другую информацию, необходимую для выяснения обстоятельств возможного страхового случая или проверки информации, представленной страхователем или застрахованным.

Настоящим подтверждаю, что я согласен на проведение экспертизы у выбранного Страховщиком врача-эксперта для проверки состояния здоровья в связи со страховым случаем.

Мне известно, что в случае предоставления не соответствующих действительности или вводящих в заблуждение сведений может быть отказано в выплате возмещения и может наступить ответственность, предусмотренная Уголовным законом по статье 177 (мошенничество) или статье 178 (мошенничество в сфере страхования).

Если предусмотренный страховым договором получатель возмещения или застрахованный и лицо, подписывающее данное заявление, не являются одним и тем же лицом, то я как лицо, подписывающее заявление, заверяю, что я получил и в случае необходимости смогу предъявить письменное извещение получателя возмещения и застрахованного на предусмотренную данным заявлением обработку личных данных.

Настоящим удостоверяю, что ознакомился/ась и соглашаюсь со всеми правилами и условиями.

[← предыдущий шаг](#)

[отправить заявление >](#)

15. В поле отметьте, что Вы ознакомились и соглашаетесь с правилами и условиями.

16. Отправьте заявление. Одновременно Вы получите также сообщение на указанный Вами адрес эл-почты.



Paldies, Jūsu atlīdzības pieteikums ir reģistrēts AAS „BALTA” 19.01.2016, lietas Nr. 1131576. Lēmums atlīdzības lietā tiks pieņemts 2 darba dienu laikā. Nepieciešamības gadījumā ar Jums sazināsies atlīdzību speciālists.

Lūdzu saglabāties maksājumu apliecinājošu dokumentu oriģinālus! Nepieciešamības gadījumā AAS BALTA var lūgt uzrādīt maksājumu apliecinājošu dokumentu oriģinālus.

Vēršam Jūsu uzmanību, ka iesniedzot maksājumu dokumentu oriģinālus VID, lai saņemtu kompensāciju par attaisnotajiem izdevumiem par ārstnieciskajiem pakalpojumiem, Jūs esat atbildīgs par iesniedzamo datu pareizību. AAS BALTA jūs informē, ka par nepatiesu vai maldinošu ziņu sniegšanu var iestāties Krimināllikuma 177.pantā (krāpšana) vai 178. pantā (apdrošināšanas krāpšana) paredzētā atbildība.



Atlīdzības pieteikums

[atgriezties atlīdzību pieteikumu sākuma lapā >](#)

Сообщение об успешной регистрации заявления на возмещение и присвоенном номера дела.