

**IESNIEGUMS MAKSAS OPERĀCIJAS GARANTIJAS SAGATAVOŠANAI**

## Informācija par apdrošināto personu:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vārds, uzvārds	Personas kods
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-pasta adrese	Tālrunis*
<input type="text"/>	LV- <input type="text"/>
Adrese	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Darba vieta	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jūsu ģimenes ārsts	Veselības kartes Nr.

## Informācija par plānoto stacionāro ārstēšanu:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ārstniecības iestāde, kurā plānots veikt operāciju	Ārsts, kurš veiks operāciju
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datums, kurā plānota operācija	

## Papildu informācija (aizpilda ārstniecības persona):

Saskaņā ar MK Noteikumu Nr. 1529 punktu 12.3. apmaksā par ārstniecības iestāžu sniegto sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu tiek segta no valsts budžeta, izņemot gadījumus, ja pacients rakstiski atsakās no gaidīšanas uz valsts apmaksātu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu un pats vai trešā persona veic maksājumus par attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pakalpojums par pacienta iemaksu pieejams (datums)	Ārsts (vārds, uzvārds, paraksts)/ Ārstniecības iestādes vai ārsta zīmogs

## Pacienta Apliecinājums (aizpilda pacients):

- Piekritu saņemt pakalpojumu par Pacienta iemaksu norādītājā datumā, kad tas ir pieejams
- Atsakos no gaidīšanas uz valsts apmaksātu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu par Pacienta iemaksu

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vārds, uzvārds, paraksts	Datums

**Lūdzu sagatavot un nosūtīt garantijas vēstuli ārstniecības iestādei par maksas operācijas apmaksu**

Esmu informēts, ka AAS Balta kā datu pārzinis, apstrādā pieteikumā norādītos personas datus, tai skaitā īpašu kategoriju personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi. Uzzināt vairāk par personas datu apstrādi varat BALTA mājaslapā sadaļā par datu apstrādi (<https://www.balta.lv/lv/par-personas-datu-apstradi>), klientu apkalpošanas centrā vai rakstot uz elektroniskā pasta adresi [balta@balta.lv](mailto:balta@balta.lv)

Ar šo pilnvarojumu Apdrošinātāju pieprasīt, saņemt un uzkrāt no citiem tiesību subjektiem (tai skaitā arī ārstniecības personām, ārstniecības iestādēm, Nacionālā veselības dienesta, Valsts ieņēmumu dienesta, u.c.) informāciju par apdrošinātās personas veselības stāvokli, saņemto medicīnisko palīdzību un citu informāciju, kas nepieciešama iespējamā apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai, vai kas nepieciešama apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā iesniegtās informācijas pārbaudīšanai

## Garantijas vēstules sagatavošanai pievienotie dokumenti:

- Norīkojums uz maksas operāciju (veidlapa u27)
- Tāme (operācijas plānoto izmaksu detalizēts izklāsts -pakalpojuma kods; pakalpojuma nosaukums; cena, EUR)

## Ievērībai/informācijai!

- Garantijas vēstules par maksas operācijas apmaksu tiek sagatavotas tikai AAS BALTA Stacionārām līgumorganizācijām.
- Garantijas vēstules sagatavošanai nepieciešamie dokumenti ir jāiesniedz ne vēlāk kā 5 darba dienas pirms plānotās operācijas.

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datums	Paraksts