

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS  
GARANTIJAS VĒSTULES SAŅEMŠANAI

## APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds

Personas kods vai identifikācijas numurs

Apdrošinājumaņēmējs

Apdrošināšanas kartes Nr.

Tālrunis

e-pasts

## PIEPRASĪJUMS

Lūdzu garantēt

(pakalpojuma nosaukums) apmaksu

Pakalpojuma saņemšanas datums:

Medicīnas iestāde, kurā plānots saņemt pakalpojumu:

**Papildus, augstāk minētajai informācijai, jāpievieno medicīniskā dokumentācija ar diagnozi un paredzamās operācijas datumu**

Lūdzu nosūtīt garantijas vēstuli medicīnas iestādei:

## APSTIPRINĀJUMS

Ar savu parakstu apliecinu, ka visa manis sniegtā informācija ir brīvi sniegta, pilnīga un patiesa. Ar šo es pilnvarēju Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāli (turpmāk – Apdrošinātājs) pieprasīt un izmantot jebkurus dokumentus, kas nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības noteikšanai. Ārstniecības personas un iestādes, pie kurām vēršas Apdrošinātājs, tiek pilnvarotas sniegt Apdrošinātājam nepieciešamo informāciju attiecībā uz apdrošināšanas gadījumu. Piekrītu, ka manis norādītie dati tiks izmantoti Apdrošinātāja datu apstrādes sistēmā.

Ar šo pilnvarēju Apdrošinātāju kā datu pārziņi apdrošināšanas līguma izpildei, saskaņā ar normatīvajiem aktiem personas datu aizsardzības jomā saņemt un apstrādāt pieteikumā minētos personu datus, tajā skaitā īpašu kategoriju personas datus, Apdrošinātāja Paziņojumā par privātumu norādītajiem mērķiem.

Piekrītu saņemt informāciju no Apdrošinātāja arī par citiem Apdrošinātāja un tā grupas (Vienna Insurance Group AG) uzņēmumu sniegtajiem apdrošināšanas pakalpojumiem:

Jā	Nē	Vēlamais informācijas saņemšanas veids:	e-pasts	Tālrunis
----	----	---	---------	----------

Apdrošinātājs apliecinā, ka pieteikumā norādītie personas dati, tiks izmantoti tikai atbilstoši to apstrādes mērķim un tam nepieciešamajā apjomā.

Apzinos, ka Apdrošinātājs nesniedz apdrošināšanas segumu saskaņā ar apdrošināšanas līgumu un nav atbildīgs par apdrošināšanas atlīdzības samaksu vai citu no apdrošināšanas līguma izrietošu maksājumu veikšanu, vai citu līgumsaistību izpildi, ja Apdrošinātājs tādējādi nonāktu pretrunā ar jebkuru starptautisko sankciju\*. Apdrošinātājs nav atbildīgs par jebkādam prasībām vai zaudējumiem iepriekš minēto iemeslu dēļ.

\* Starptautiskā sankcija – ekonomiska vai finansiāla sankcija, embargo vai jebkura cita līdzīga sankcija, aizliegums vai ierobežojošs pasākums, kas noteikts saskaņā ar Apvienoto Nāciju Organizācijas, Eiropas Savienības, Latvijas Republikas, Amerikas Savienoto Valstu vai Apvienotās Karalistes tiesību aktiem (tostarp sankcijas, kuras pārvalda, vai īsteno ASV Valsts kases Ārvalstu aktīvu kontroles birojs).

Datums

Pieteikuma  
iesniedzēja parakstsParaksta  
atšifrējums

## SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Pieteikumu pieņēma

Vārds, uzvārds

Paraksts

Datums