

NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANAS
ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAIPolises Nr.
aizpilda Apdrošinātājs
Pieteikuma Nr.
aizpilda Apdrošinātājs

APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds

Personas kods vai
identifikācijas numursDzīvesvietas
adrese

LV –

Tālrunis

e-pasts

NELAIMES GADĪJUMA APRAKSTS

Datums un laiks, kad notika
apdrošināšanas gadījumsVieta, kur notika
apdrošināšanas gadījumsApdrošināšanas
gadījuma aprakstsĀrsta slēdziens,
diagnoze

PAPILDUS PIEVIENOTIE DOKUMENTI

Slimnīcas
vai ārsta izziņaPilnvarotās personas personu
apliecinoša dokumenta kopija

Ekspertīzes slēdziens

Miršanas apliecība

Pilnvara

Citi

LŪDZU IZMAKSĀT APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU, EUR

Uz Apdrošinātāja bankas kontu

vai

Uz pilnvarotās personas bankas kontu

IBAN konta nr.

Banka

Pilnvarotās personas vārds, uzvārds

Personas kods

AIZPILDA APDROŠINĀTĀ PILNVAROTĀIS PĀRSTĀVIS VAI LABUMA GUVĒJS

(Gadījumos, kad pieteikumu neiesniedz Apdrošinātājs)

Vārds, uzvārds

Personas kods vai
identifikācijas numursDzīvesvietas
adrese

LV –

Tālrunis

e-pasts

APSTIPRINĀJUMS

Ar savu parakstu apliecinu, ka visa manis sniegtā informācija ir brīvi sniegta, pilnīga un patiesa. Ar šo es pilnvaroju 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 vērsas Apdrošinātājs, tiek pilnvarotas sniegt Apdrošinātājam nepieciešamo informāciju attiecībā uz apdrošināšanas gadījumu. Piekrītu, ka manis norādītie dati tiks izmantoti Apdrošinātāja datu apstrādes sistēmā.

Ar šo pilnvaroju 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 apliecina, 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