

**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAI  
APDROŠINĀTĀ NĀVES GADĪJUMĀ,  
BĒRU IZDEVUMU APMAKSAI  
(UNIVERSĀLĀ DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANA SENIORIEM)**Polises Nr.  
aizpilda Apdrošinātājs  
Pieteikuma Nr.  
aizpilda Apdrošinātājs**APDROŠINĀTAIS**

Vārds, uzvārds	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>
Dzīvesvietas adrese		LV – <input type="text"/>
Tālrunis	e-pasts	Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)

**APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA APRAKSTS**

Datums un laiks, kad notika apdrošināšanas gadījums	Vieta, kur notika apdrošināšanas gadījums
Apdrošināšanas gadījuma apraksts	
Ārsta slēdziens, diagnoze	

**PAPILDUS PIEVIENOTIE DOKUMENTI**

Apdrošinātā miršanas apliecība kopija	Pilnvarotās personas personu apliecinoša dokumenta kopija	Ekspertīzes slēdziens	Slimnīcas vai ārsta izziņa	Rēķins par apbedīšanas pakalpojumiem
Citi	<input type="text"/>			

**LŪDZU IZMAKSĀT APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU, EUR**

Uz apbedīšanas biroja bankas kontu:	Nosaukums		
Reģistrācijas Nr.		IBAN konta nr.	
Kontaktpersona	Tālrunis	e-pasts	
Uz pilnvarotās personas bankas kontu:	IBAN konta nr.	Pilnvarotās personas vārds, uzvārds	

**LABUMA GUVĒJA APLIECINĀJUMI UN PERSONAS DATU APSTRĀDE**

Parakstot šo pieteikumu apliecinu, ka:

- visa manis pieteikumā sniegtā un Apdrošinātāja pieprasītā informācija, ir pilnīga un patiesa;
- esmu informēts/a, ka nepilnīgas, nepatiesas, maldinošas informācijas sniegšanas gadījumā, Apdrošinātājam ir tiesības atteikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, kā arī nepatiesas vai maldinošas informācijas sniegšanas gadījumā varu tikt saukts pie atbildības Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;
- atļauju Apdrošinātājam kā pārzinim, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, pieprasīt, saņemt un apstrādāt šajā pieteikumā norādīto informāciju un personu datus, tai skaitā, sensitīvos personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, lai izvērtētu pieteikto Apdrošināšanas gadījumu un noteiktu izmaksājāmās Apdrošināšanas atlīdzības apmēru, ievērojot personas datu aizsardzības jomā un citos normatīvajos aktos noteiktās prasības;
- no šī pieteikuma parakstīšanas brīža atļauju Apdrošinātājam pieprasīt un saņemt no jebkuras ar apdrošināšanas līgumu saistītām trešajām personām - valsts un/vai pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām, tai skaitā jebkurām ārstniecības iestādēm jebkuru informāciju un dokumentus, kas saistīti ar manu veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, kā arī nāves apstākļiem, kas iestājušies apdrošināšanas līguma darbības laikā, lai izvērtētu pieteikto Apdrošināšanas gadījumu un noteiktu izmaksājāmās Apdrošināšanas atlīdzības apmēru un veikt no trešajām personām saņemtās informācijas un personas datu, tai skaitā sensitīvo personas datu un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodu apstrādi, kā arī nodot tos apstrādei trešajām personām. Pēc Apdrošinātāja pieprasījuma apņemos izsniegt iepriekš minētajām trešajām personām atļauju izsniegt Apdrošinātājam minēto informāciju un dokumentus.

Apdrošinātājs apliecina, ka pieteikumā norādītie personas dati, tiks izmantoti tikai atbilstoši to apstrādes mērķim un tam nepieciešamajā apjomā. aPirms šī pieteikuma parakstīšanas, lūdzam pārbaudīt tajā sniegto ziņu pareizību un pilnību. Pie jebkuriem labojumiem pieteikumā obligāti jānorāda "labotam ticēt" un labojumi jāapliecina ar Labuma guvēja vai tā pilnvarotās personas parakstu.

Datums	Pieteikuma iesniedzēja paraksts	<input type="text"/>	Paraksta atšifrējums
*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).			

**SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS**

Pieteikumu pieņēma

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