

KRITISKO SLIMĪBU PAPILDAPDROŠINĀŠANAS
ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAIPolises Nr.
aizpilda Apdrošinātājs
Pieteikuma Nr.
aizpilda Apdrošinātājs

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS / APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>
Dzīvesvietas adrese		LV – <input type="text"/>
Tālrunis	e-pasts	

APRAKSTS

Datums, kad tika diagnosticēta kritiskā slimība

Ārsta slēdziens, diagnoze

Piebildes

PAPILDUS PIEVIENOTIE DOKUMENTI

Slimības vēstures izraksts	Personu apliecinoša dokumenta kopija	Ārsta atzinums par saslimšanu ar kritisko slimību
Citi		

LŪDZU IZMAKSĀT APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU, EUR

Uz Apdrošinātā bankas kontu	vai	Uz pilnvarotās personas bankas kontu
IBAN konta nr.		Banka
Pilnvarotās personas vārds, uzvārds		Personas kods

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 paraksts	<input type="text"/>	Paraksta atšifrējums
--------	---------------------------------	----------------------	----------------------

SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Pieteikumu pieņēma

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