

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS
ATLĪDZĪBAS IZMAKSAIPieteikuma Nr.
aizpilda Apdrošinātājs

APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Dzīvesvietas adrese	<input type="text"/>			LV -	<input type="text"/>
Apdrošinājuma ņēmējs	<input type="text"/>	Apdrošināšanas kartes Nr.	<input type="text"/>		
Tālrunis	<input type="text"/>	e-pasts	<input type="text"/>		

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS

Ārstēšanās ambulatori	Ārstēšanās stacionāri	Zobārstniecība	Optika	Sports	Medikamenti
-----------------------	-----------------------	----------------	--------	--------	-------------

PAPILDUS PIEVIENOTIE DOKUMENTI

Čeki	gab.	Stingrās uzskaites kvītis	gab.	Medicīniskā dokumentācija	gab.
Dokumenti iesniegti par kopējo summu					EUR

Pilnvarotās personas personu apliecinoša dokumenta kopija

Piekrītu iesniegto datu nodošanai VID

LŪDZU IZMAKSĀT APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU, EUR

Uz Apdrošinātā bankas kontu	vai	Uz pilnvarotās personas bankas kontu	
IBAN konta nr.		Banka	<input type="text"/>
Pilnvarotās personas vārds, uzvārds		Personas kods	<input type="text"/>

AIZPILDA APDROŠINĀTĀ PILNVAROTĀ PERSONA* (Gadījumos, kad pieteikumu neiesniedz pats Apdrošinātais)

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

* Apdrošinātā pilnvarotajai personai jāiesniedz notariāli apstiprinātas pilnvaras kopija, uzrādot pilnvaras oriģinālu.

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. Arstniecības 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 pārzini 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 tādejādi 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
----------------	----------	----------------------	--------