|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  (vārds, uzvārds, personas kods) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS PIETEIKUMS ĢIMENES LOCEKĻIEM** |
|  |  |  | (2.programma, 276,00 EUR gadā) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Nr.** | **Radinieka vārds** | **Radinieka uzvārds** | **Radinieka personas kods** | **Radniecība** |
|  | 1 |   |   |   |   |
|  | 2 |   |   |   |   |
|  | 3 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Parakstot šo iesniegumu (biedrs par sevi un apdrošinātajiem ģimenes locekļiem) apliecinu, ka: |
|  | a) esmu informēts, saprotu un piekrītu, ka saskaņā ar LDzSA un ERGO savstarpēji noslēgto veselības apdrošināšanas līgumu, LDzSA un ERGO veiks manu un manu ģimenes locekļu personas datu apstrādi veselības apdrošināšanas līgumā paredzētajiem mērķiem un apjomā saskaņā ar spēkā esošo tiesību aktu prasībām; |
|  | b) informēšu savus ģimenes locekļus par viņu personas datu apstrādi un apstrādes mērķiem. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | LDzSA biedrs ar savu parakstu apliecina, ka šajā apdrošināšanas pieteikumā ir iekļauti tikai viņa ģimenes locekļi. |
|  |  |  | (sieva, vīrs, māte, tēvs, bērni) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Apdrošināšanas pieteikums aizpildīts 2020.gada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  |  |  LDzSA biedra vārds, uzvārds, paraksts |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |