

**Pieteikums veselības apdrošināšanas
atlīdzības saņemšanai****ZIŅAS PAR APDROŠINĀTO**

Vārds, uzvārds Tālrunis

Personas kods Apdrošināšanas kartes vai polises Nr.

E –pasta adrese Apdrošinājumaņēmējs

Faktiskā adrese LV-

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS (lūdzu, atzīmējiet saņemto pakalpojumu un norādiet iesniegto dokumentu skaitu)

Ārstēšanās ambulatori (dok.skaitis) Grūtniecības aprūpe, dzemdības (dok.skaitis) Zobārstniecība (dok.skaitis) Vakcinācija (dok.skaitis)

Ārstēšanās stacionāri (dok.skaitis) Ambulatorā rehabilitācija (masāžas, ārstnieciskā vingrošana) (dok.skaitis) Optikas iegāde (dok.skaitis) Obligātā veselības pārbaude (dok.skaitis)

Medikamenti iegāde (dok.skaitis) Rehabilitācija sanatorijā (dok.skaitis) Sports (dok.skaitis) Cits (dok.skaitis)

Izdevumu summa EUR
1 EUR = 0.702804 LVL (summa vārdiem)

Smagu slimību ārstēšana

Ārstēšanās ambulatori (dok.skaitis) Ārstēšanās stacionāri (dok.skaitis) Medikamenti (dok.skaitis) Rehabilitācija sanatorijā (dok.skaitis)

Izdevumu summa EUR
1 EUR = 0.702804 LVL (summa vārdiem)

Ceļojumu apdrošināšana

Medicīniskie izdevumi (dok.skaitis) Invaliditāte (dok.skaitis) Nāve (dok.skaitis)

Nelaiemes gadījumu apdrošināšana**ĪSS APSTĀKĻU, KĀ REZULTĀTĀ RADĀS APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS, APRAKSTS**

(hroniska saslimšana, diagnoze, sadzīves trauma, darba trauma, ceļu satiksmes negadījums, sporta trauma u.c.)

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT AR PĀRSKAITĪJUMU

(Ja atlīdzības saņemšanai tiek pilnvarota cita persona, tad pieteikumam klāt ir jāpievieno rakstiska pilnvara)

Konta Nr. Banka

Konta īpašnieks Personas kods

vārds, uzvārds

Ar atlīdzības pieteikuma aizpildīšanu un nosūtīšanu apliecinu, ka:

- augstāk minētie dati ir mani personas dati un, izvēloties iespēju šo pieteikumu aizpildīt elektroniski un iesniegt Apdrošinātājam, nosūtot uz tā e-pastu, neizvirzīšu Apdrošinātājam pretenzijas, ja, šauboties par šī pieteikuma aizpildītāja identitāti vai citu datu atbilstību patiesībai, Apdrošinātājs pieprasīs papildus informāciju vai darbības no manas puses šajā pieteikumā minētās informācijas apstiprināšanai vai precizēšanai;
- apzinos, ka apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas nodrošināšanai Apdrošinātājam saskaņā ar Fizisku personu datu aizsardzības likumu, kā arī citiem LR normatīvajiem aktiem, ir tiesības apstrādāt manus personas datus, t.sk. sensitīvos personas datus; datu apstrādes sistēmas pārzinis un datu operators ir SE „ERGO Life Insurance”, reģ.Nr.110707135, adrese: Geležinio Vilko iela 6A, Viļņa, Lietuva, kuru Latvijas Republikā pārstāv SE „ERGO Life Insurance” Latvijas filiāle, reģ.Nr.40103336441 un/vai ERGO Insurance SE Latvijas filiāle, reģ.Nr.40103599913 atkarībā no apdrošināšanas veida, par kuru pieteikta atlīdzības izmaksa;
- pilnvaroju Apdrošinātāju saņemt no jebkurām iestādēm un personām, jebkādu informāciju un dokumentus, kas nepieciešami iespējamo šajā pieteikumā minēto apdrošināšanas gadījumu apstākļu noskaidrošanai attiecīgā apdrošināšanas līguma izpildes nodrošināšanā;
- augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai un apzinos, ka, sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt man apdrošināšanas atlīdzību, izbeigt apdrošināšanas līgumu un es varu tikt saukts pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;
- apņemos nepieprasīt kompensāciju no citām institūcijām par Apdrošinātāja atlīdzināto izdevumu daļu, kā arī uzglabāt man izsniegto maksājumus apliecinājošu dokumentu oriģinālus 3 (trīs) gadus un pēc pieprasījuma nekavējoties tos uzrādīt Apdrošinātājam.

Piekrītu, ka ERGO ar atlīdzību lietu saistīto informāciju nosūta uz e-pastu Jā Nē

Pieteikuma iesniegšanas datums Paraksts

AIZPILDA APDROŠINĀTĀJA DARBINIEKIAtlīdzības lietas Nr.

Kopā izmaksai EUR Datums Paraksts