

PIETEIKUMS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAI

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle
Reģ.Nr.40103336441, Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013

ZIŅAS PAR APDROŠINĀTO PERSONU

Vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Tālrunis	<input type="text"/>
Personas kods / ID numurs	<input type="text"/>	Apdrošināšanas kartes vai polises Nr.	<input type="text"/>
E-pasta adrese	<input type="text"/>	Apdrošinājuma ņēmējs (uzņēmums/darba devējs)	<input type="text"/>
Dzīves vietas adrese	<input type="text"/>	LV-	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/> Ārstēšanās ambulatori (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Grūtniecības aprūpe, dzemdības (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Zobārstniecība (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Vakcinācija (dok.skaitis)
<input type="checkbox"/> Ārstēšanās stacionāri (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Ambulatorā rehabilitācija (masāžas, ārstnieciskā vingrošana) (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Optikas iegāde (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Obligātā veselības pārbaude (dok.skaitis)
<input type="checkbox"/> Medikamentu iegāde (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Rehabilitācija sanatorijā (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Sports (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Cits (dok.skaitis)
Kopējā izdevumu summa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(summa vārdiem)

Smagu/kritisku slimību apdrošināšana

<input type="checkbox"/> Ārstēšanās ambulatori (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Ārstēšanās stacionāri (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Medikamenti (dok.skaitis)	<input type="checkbox"/> Rehabilitācija sanatorijā (dok.skaitis)
Kopējā izdevumu summa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(summa vārdiem)

Ceļojumu apdrošināšana

Medicīniskie izdevumi (dok.skaitis)

Nelaiemes gadījumu apdrošināšana

Invaliditāte (dok.skaitis) Nāve (dok.skaitis)

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

Uz manu bankas kontu

Konta Nr. Banka

Uz pilnvarotās personas kontu (saskaņā ar pielikumā pievienoto pilnvaru)

Konta Nr. Banka

Konta īpašnieks Personas kods / ID numurs

Ar atlīdzības pieteikuma aizpildīšanu un nosūtīšanu apliecinu, ka:

1. augstāk minētie dati ir mani personas dati un, izvēloties iespēju šo pieteikumu aizpildīt un iesniegt Apdrošinātājam, neizvirzīšu Apdrošinātājam pretenzijas, ja, ņemot vērā šo pieteikuma aizpildītāja identitāti vai citu datu atbilstību patiesībai, Apdrošinātājs pieprasīs papildus informāciju vai darbības no manas puses šajā pieteikumā minētās informācijas apstiprināšanai vai precizēšanai;
2. esmu informēts/-ta, ka: personas datu pārzinis ir "ERGO Life Insurance SE" Lietuvas reģistrā ar Nr.110707135, adrese: Geležinio Vilko iela 6A, Viļņa, Lietuva, kuru Latvijas Republikā pārstāv SE „ERGO Life Insurance” Latvijas filiāle, reģ.Nr.40103336441, Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013, un mērķis personas datu apstrādei ir apdrošināšanas pakalpojumu sniegšana, t.sk. risku izvērtēšana un apdrošināšanas gadījumu noregulēšanas nodrošināšana;
3. esmu iepazinies/-usies ar Apdrošinātāja Privātuma politiku personas datu apstrādei, kas publicēta Apdrošinātāja tīmekļa vietnē www.ergo.lv un/vai Apdrošinātāja pārdošanas vietās;
4. esmu informēts/-ta, ka Apdrošinātājs, lai pārliecinātos par apdrošinātā riska iestāšanos un zaudējumu apmēru, ir tiesīgs pārbaudīt tā saistību izpildei nepieciešamo informāciju saistībā ar apdrošināšanas līgumu, pieprasot ziņas no valsts un pašvaldības iestādēm vai citām personām, kuru rīcībā var būt šāda informācija, kā arī Apdrošinātājs ir tiesīgs apstrādāt informāciju, kas satur manus veselības datus, kas ir Apdrošinātāja rīcībā, ar mērķi: lēmuma pieņemšanai par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai apdrošināšanas atlīdzības noteikšanu;
5. augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai un apzinos, ka, sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt man apdrošināšanas atlīdzību, izbeigt apdrošināšanas līgumu, pieprasot ziņas no valsts un pašvaldības iestādēm vai citām personām, kuru rīcībā var būt šāda informācija, kā arī Apdrošinātājs ir tiesīgs apstrādāt informāciju, kas satur manus veselības datus, kas ir Apdrošinātāja rīcībā, ar mērķi: lēmuma pieņemšanai par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai apdrošināšanas atlīdzības noteikšanu;
6. apņemos nepieprasīt kompensāciju no citām institūcijām par Apdrošinātāja atlīdzināto izdevumu daļu, kā arī uzglabāt man izsniegto maksājumus apliecināso dokumentu oriģinālus 3 (trīs) gadus un pēc pieprasījuma nekavējoties tos uzrādīt Apdrošinātājam;
7. pilnvaroju Apdrošinātāju saņemt no jebkuras iestādes un personām, jebkādu informāciju un dokumentus, kas nepieciešami iespējamo šajā pieteikumā minēto apdrošināšanas gadījumu apstākļu noskaidrošanai attiecīgā apdrošināšanas līguma izpildes nodrošināšanā;

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

Pieteikuma iesniegšanas datums Paraksts

AIZPILDA APDROŠINĀTĀJA DARBINIEKI

Atlīdzības lietas Nr.

Kopā izmaksai EUR Datums Paraksts