

LATVIJAS DZELZCEĻNIEKU UN SATIKSMES NOZARES ARODBIEDRĪBA

Reģ. Nr. 40008044272

Dzirnavu iela 147, Rīga, LV-1050

Tālrunis: 67234418, e-pasts: arodbiedriba@ldzsa.lv

Arodbiedrības Atvērtās polises komisijai

_____ (vārds, uzvārds)

_____ (personas kods)

_____ (darba vieta, kontakttālrunis)

IESNIEGUMS

Lūdzu apmaksāt manus ārstēšanās izdevumus no "Atvērtās polises" apdrošinājuma summas līdzekļiem EUR _____ (_____) apmērā.

Apdrošināšanas polise Nr. _____, apdrošināšanas programmas Nr. _____.

Diagnoze, pakāpe: _____.

Darba stāžs dzelzceļa nozarē no _____.

Lūdzu naudu pārskaitīt uz šādu kontu: _____.

Piekrišanu apliecināt, atzīmējot ar

Arodbiedrība apstrādā manus personas datus un īpašās kategorijas datus ar mērķi izpildīt veselības apdrošināšanas līgumu un pieņemt lēmumu par ārstniecības vai veselības veicināšanas pakalpojumu izdevumu, kuri radušies slimību vai trauma rezultātā, apmaksu, un nodod personas datus un īpašās kategorijas datus Eiropas komercsabiedrībai "ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle" reģ.nr. 40103336441, juridiskā adrese Skanstes iela 50, Rīgā, veselības apdrošināšanas līguma izpildei, izvērtētu pieteikto apdrošināšanas gadījumu un noteiktu izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apmēru Atvērtās polises ietvaros.

Informācija par personas datu apstrādi pieejama arodbiedrības juridiskajā adresē Dzirnavu ielā 147, Rīgā, LV-1050.

Pielikumā:

1. _____.
2. _____.
3. _____.

20__ .gada ____ . _____

(Paraksts)

(Vārds, uzvārds)

Saskaņots:

Arodkomitejas priekšsēdētājs _____
(Vārds, uzvārds, paraksts)

Darba devēja pārstāvis (tiešais vadītājs) _____
(Vārds, uzvārds, paraksts)