

4. Pievienotie maksājuma dokumenti

1.	<input type="text"/>	Apmaksāts: Jā <input type="checkbox"/>	Nē <input type="checkbox"/>
2.	<input type="text"/>	Apmaksāts: Jā <input type="checkbox"/>	Nē <input type="checkbox"/>
3.	<input type="text"/>	Apmaksāts: Jā <input type="checkbox"/>	Nē <input type="checkbox"/>
4.	<input type="text"/>	Apmaksāts: Jā <input type="checkbox"/>	Nē <input type="checkbox"/>
5.	<input type="text"/>	Apmaksāts: Jā <input type="checkbox"/>	Nē <input type="checkbox"/>
6.	<input type="text"/>	Apmaksāts: Jā <input type="checkbox"/>	Nē <input type="checkbox"/>
7.	<input type="text"/>	Apmaksāts: Jā <input type="checkbox"/>	Nē <input type="checkbox"/>
8.	<input type="text"/>	Apmaksāts: Jā <input type="checkbox"/>	Nē <input type="checkbox"/>
9.	<input type="text"/>	Apmaksāts: Jā <input type="checkbox"/>	Nē <input type="checkbox"/>

5. Papildus pievienotie dokumenti

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

6. Apdrošināšanas atlīdzības veids

Lūdzu apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt

pārskaitot aprēķināto apdrošināšanas atlīdzību uz kontu (bankas nosaukums)

LVL IBAN konta numurs

Konta īpašnieks , p.k./reģ.Nr.

pārskaitot pa pastu – adrese , LV

(PASTA PĀRVEDUMA IZDEVUMUS SEDZ SAŅĒMĒJS)

Es, , apstiprinu, ka „ERGO Latvija” AA/S, saskaņā ar apdrošināšanas līgumu (polisi) Nr. , ir tiesīga saņemt jebkuru medicīnisko informāciju, kas atrodas ārstniecības iestāžu/personu un Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras rīcībā par manu veselības stāvokli, slimībām, traumām (t.sk., slimības vēsturi, izmeklējumu rezultātus, rentgenogrammas u.c. dokumentus).

Apdrošinātās personas / tās likumīgā pārstāvja paraksts 200 . gada .

Apliecinu, ka šeit sniegtās ziņas ir patiesas un piekřītu, ka nepatiesas informācijas sniegšanas gadījumā var tikt atteikta vai samazināta apdrošināšanas atlīdzība.

Ar šo apliecinu, ka atļauju „ERGO Latvija” AA/S kā datu sistēmas pārzinim un personas datu operatoram apstrādāt manus personas datus, tai skaitā datus par manu veselības stāvokli un personas identifikācijas kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīviem aktiem.

Iesniedzējs , (vārds, uzvārds/ juridiskās personas pārstāvja amats) (paraksts)

E-pasta adrese , tālrunis