

ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS
NELAIMES GADĪJUMA APDROŠINĀŠANĀ

POLISES NUMURS

PRASĪBAS Nr.

1. Ziņas par negadījumu

- 1.1. Negadījuma datums . gada . plkst. :
- 1.2. Negadījuma vieta
- 1.3. Pieteikts Ceļu policijā Valsts policijā Pašvaldības policijā nav pieteikts valsts institūcijā

2. Ziņas par apdrošināšanas līgumu

- 2.1. Apdrošinājuma ņēmējs p.k./dz.d./reģ.Nr.
(Vārds, Uzvārds / Nosaukums)
- 2.2. Apdrošinātā persona dzimšanas datums pers.kods
(Vārds, Uzvārds)
- Adrese
(novads, pagasts, pilsēta, iela, mājas Nr., pasta indekss)
- E-pasts tālrunis

3. Informācija par negadījumu

3.1. Negadījuma apraksts

3.2. Kad sniegta pirmā medicīniskā palīdzība . gada . 3.3. Kurā ārstniecības iestādē ir saņemta pirmā medicīniskā palīdzība?

3.4. Vai cietušai personai ir izsniegta?

- a) ārsta izziņa par negadījuma faktu Jā Nē
- b) darba nespējas lapas Jā Nē
- c) rentgena uzņēmumi Jā Nē
- d) cits dokuments Jā Nē

3.5. Pievienotie dokumenti (skaits):

- a) ārsta izziņa
- b) darba nespējas lapas
- c) rentgena uzņēmumi
- d) cits dokuments

Lūdzu aprēķināto apdrošināšanas atlīdzību pārskaitīt uz

(bankas nosaukums)Konta numurs Valūta Konta īpašnieks p.k./dz.d./reģ.Nr.
(Vārds, Uzvārds / Nosaukums)Konta īpašnieks ir Aizbildnis/Aizgādnieks Jā Nē

Ar atlīdzības pieteikuma aizpildīšanu un parakstīšanu/iesniegšanu apliecinu, ka:

- esmu iepazinies/-usies ar ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāles un ERGO Insurance SE Latvijas filiāles (turpmāk teksta - Apdrošinātājs) Privatuma politiku personas datu apstrādei, kas ir publicēta Apdrošinātāja tīmekļa vietnē <https://www.ergo.lv/lv/par--ergo/privatuma-politika>, kā arī nodrošināta tās pieejamība Apdrošinātāja pārdošanas vietās vai nosūtīšanu pēc pieprasījuma.
- aizpildot šo pieteikumu citas personas vārdā, esmu saņēmis šīs personas atļauju nodot viņas personas datus Apdrošinātājam personas datu apstrādei no apdrošināšanas līguma izrietošo saistību izpildei;
- esmu informēts/-a, ka Apdrošinātājs ir tiesīgs apstrādāt manus datus, tai skaitā, pieprasīt un saņemt jebkuru medicīnisko informāciju par Apdrošinātā veselības stāvokli, slimībām un traumām (t. sk. slimības vēsturi, izmeklējumu rezultātus, rentgenogrammas u.c. dokumentus), kas atrodas ārstniecības iestāžu/personu rīcībā, apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai un lēmuma atlīdzību lietā pieņemšanai;
- esmu informēts/-a, ka Apdrošinātājs, lai pārliecinātos par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un noteiktu zaudējumu apmēru, ir tiesīgs pārbaudīt saistību izpildei nepieciešamo informāciju saistībā ar apdrošināšanas līgumu, pieprasot ziņas no valsts un pašvaldības iestādēm, vai citām personām, kuru rīcībā var būt šāda informācija;
- pieteikumā sniegtās ziņas ir patiesas un piekritis, ka sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt vai samazināt apdrošināšanas atlīdzību un es varu tikt saukts/-ta pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.
- pieprasīšu kompensāciju no citām Valsts/pašvaldības institūcijām par Apdrošinātāja atlīdzināto izdevumu daļu, kā arī uzglabāšu maksājumus apliecināto dokumentu oriģinālus vismaz 3 (trīs) gadus un pēc rakstiska pieprasījuma saņemšanas nekavējoties tos uzrādīšu Apdrošinātājam.

Pieteikuma iesniedzējs p.k./dz.d.
(Vārds, Uzvārds)e-pasta adrese tālrunis Kontaktpersona
(Vārds, Uzvārds) Tālrunis E-pastsPiekrītu, ka ERGO ar atlīdzību lietu saistīto informāciju nosūta uz E-pastu Tālruni Pieteikuma datums Paraksts nav nepieciešams, ja dokuments tiek iesniegts izmantojot pašpalpošanas portālu www.mansergo.lv.