

# Atlīdzības pieteikums darbspēju zuduma apdrošināšanā

## POLISES NR.

## 1. ZIŅAS PAR APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMU

Darba nespējas iestāšanās datums:  .  .

Apdrošināšanas gadījuma apraksts

---

---

---

Ārstējošais ārsts (vārds, uzvārds, adrese, tālrunis)

## 2. ZIŅAS PAR APDROŠINĀŠANAS LĪGUMU

Apdrošinājumaņēmējs	<input type="text"/> (vārds, uzvārds / jurid. pers. nosaukums)	p.k. / reģ. Nr.	<input type="text"/>
Apdrošinātais	<input type="text"/> (vārds, uzvārds)	p.k.	<input type="text"/>
Adrese	<input type="text"/> (mājas Nr., pilsēta, pasta indekss)	Tālrunis	<input type="text"/>
e-pasta adrese	<input type="text"/>		

## 3. PIEVIENOTIE DOKUMENTI

ārsta izziņa  diagnostisko izmeklējumu rezultāti - Rtg, CT, MR, (skaits)  darba nespējas lapas (skaits)

cits

## 4. REKVIZĪTI

Apdrošināšanas atlīdzību pārskaitīt uz bankas kontu  Valūta

Bankas nosaukums un SWIFT /BIC kods (sadaļa jāaizpilda, ja pārskaitījums tiek veikts ārpus Latvijas)

Konta īpašnieks

p.k.

## 5. APLIECINĀJUMS

Ar atbildības pieteikuma aizpildīšanu un parakstīšanu apliecinu, ka;

1. esmu iepazinies/ -usies ar ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāles (turpmāk tekstā - Apdrošinātājs) Privātuma 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;
2. 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;
3. 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 atbildību lietā pieņemšanai;
4. pieteikumā sniegtās ziņas ir patiesas un piekrītu, ka sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt vai samazināt apdrošināšanas atbildību un es varu tikt saukts/ -ta pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Pieteikuma iesniedzējs vārds, uzvārds

p.k.

Piekrītu, ka ar atbildības lietu saistīto informāciju ERGO nosūta uz e-pastu

Jā

Nē

Datums

Paraksts

Paraksts nav nepieciešams, ja dokuments tiek iesniegts izmantojot pašapkalpošanas portālu [www.mansergo.lv](http://www.mansergo.lv).

Aizpilda apdrošināšanas pārstāvis

---

---

---

Kopā izmaksai, EUR

Datums

Paraksts

Pieteikumu pieņēma, vārds, uzvārds

Datums