

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

(Vārds, Uzvārds / Nosaukums)

p.k./dz.d./reģ.Nr.

Konta īpašnieks ir Aizbildnis/Aizgādānis ☐ Jā ☐ Nē

1. Atlīdzības pieteikuma aizpildīšanu un parakstīšanu/iesniegšanu apliecinu, ka:

- esmu iepazinies/ -usies ar ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāles (reģ. nr. 40103336441), kura Latvijas Republikā pārstāv ERGO Life Insurance SE un ERGO Insurance SE Latvijas filiāles (reģ. nr. 40103599913), kura Latvijas Republikā pārstāv ERGO Insurance SE, turpmāk abi kopā – Apdrošinātāji, Privātuma politiku personas datu apstrādei, kas ir publicēta Apdrošinātāju tīmekļa vietnē <https://www.ergo.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 Apdrošinātājiem personas datu apstrādei no apdrošināšanas līguma izrietošo saistību izpildei;
- esmu informēts/ -a, ka Apdrošinātāji 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 Apdrošinātāji, 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 sniegtot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošinātājiem ir tiesības neizmaksāt vai samazināt apdrošināšanas atlīdzību un es varu tikt saukts/ -ta pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.
- nepieprasīšu kompensāciju no citām Valsts/pašvaldību institūcijām par Apdrošinātāju atlīdzināto izdevumu daļu, ka arī uzglabāšu maksājumus apliecinošo dokumentu oriģinālus vismaz 3 (trīs) gadus un pēc rakstiska pieprasījuma saņemšanas nekavējoties tos uzrādīšu Apdrošinātājam

2. Ar šo es

☐ **dodu savu piekrišanu Apdrošinātājiem**

- (A) apstrādāt savus personas datus (vārds, uzvārds, dzimšanas datums, telefona numurs, e-pasta adrese)
(B) tiešā mārketinga nolūkos, t.i., lai nodrošinātu man īpašos piedāvājumus, jaunumus par piedāvājumiem pakalpojumiem, informāciju par notiekošiem pasākumiem, akcijām vai citu informāciju, arī par manu atsauksmju pieprasīšanu par pakalpojumiem pa e-pastu un/vai tālruni, un
(C) dalīties ar saviem piekrišanas (A) punktā minētajiem personas datiem Apdrošinātāju ietvaros, lai attīstītu tiešo mārketingu.

Es esmu informēts, ka:

- (D) mani piekrišanas (A) punktā minētie personas dati var tikt darīti pieejami datu apstrādātājiem, kuri sniedz pakalpojumus Apdrošinātājiem
(E) manus personas datus (B) un (C) punktos noteiktajos nolūkos apstrādā 60 mēnešus vai līdz piekrišanas atsaukšanai. Piekrišana var tikt atsaukta jebkurā laikā, iesniedzot paziņojumu uz:

1. Apdrošinātāja norādītajiem rekvizītiem
2. e-pasta adresi atteikums@ergo.lv
3. veicot atzīmi pašapkalpošanās portālā www.mansergo.lv sadaļā "Mani apliecinājumi"

Pieteikuma
iesniedzējs

(Vārds, Uzvārds)

p.k./dz.d.

e-pasta adrese

tālrunis

Kontaktpersona

(Vārds, Uzvārds)

Tālrunis

E-pasts

Piekrītu, ka ERGO ar atbildību lietu saistīto informāciju nosūta uz ☐ E-pastu

☐ Tālruni

Pieteikuma datums

Paraksts nav nepieciešams, ja dokuments tiek iesniegts izmantojot pašapkalpošanas portālu www.mansergo.lv.