



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

(vārds, uzvārds / jurid. pers. nosaukums)

Apdrošinātais

(vārds, uzvārds)

Adrese

(mājas Nr., pilsēta, pasta indekss)

e-pasta adrese

p.k. / reģ. Nr.

p.k.

Tālrunis

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

1. Ar atlīdzības pieteikuma aizpildīšanu un parakstīšanu apliecinu, ka;
- 1.1. esmu iepazinies/ -usies ar ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāles (reģ. nr. 40103336441), kura Latvijas Republikā pārstāv ERGO Life Insurance SE, 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;
- 1.2. 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;
- 1.3. 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 atlīdzību lietā pieņemšanai;
- 1.4. pieteikuma sniegtās ziņas ir patiesas un piekrītu, 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.

2. Ar šo es
☐ **dodu savu piekrišanu**

- (A) Apdrošinātājam un ERGO Insurance SE, kuru Latvijas Republikā pārstāv ERGO Insurance SE Latvijas filiāle (reģ.nr. 40103599913), turpmāk abi kopā – ERGO, 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 piedāvātajiem 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 (A) punktā minētajiem personas datiem ERGO ietvaros, lai attīstītu tiešo mārketingu.

Es esmu informēts, ka:

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

1. Apdrošinātāja rekvizītos norādīto kontaktinformāciju;
2. e-pasta adresi atteikums@ergo.lv
3. veicot atzīmi pašapkalpošanās portālā www.mansergo.lv sadaļā “Mani apliecinājumi”)

Pieteikuma iesniedzējs vārds, uzvārds

p.k.

Piekrītu, ka ar atlīdzības 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.

Aizpilda apdrošināšanas pārstāvis

Kopā izmaksai, EUR

Datums

Paraksts

Pieteikumu pieņēma, vārds, uzvārds

Datums