

Vārds, uzvārds

Personas kods

Dzīvesvieta

Tālrunis

A/M, valsts reģ.nr.

PASKAIDROJUMS

Apliecinu, ka manis sniegtā informācija Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumā ir patiesa un pareiza, un saprotu, ka jebkādas nepatiesas, neprecīzas informācijas sniegšana manā vai citu vārdā ietekmē tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību vai tas daļu. Pilnvaroju Apdrošinātāju pieprasīt, saņemt un izmantot jebkura veida informāciju un dokumentus, kas nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai.

Apliecinu, ka atļauju Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiālei, reģ.nr. 40103942087, Vienības gatve 87H, Rīgā, kā personas datu pārziniem un/vai operatoram, apstrādāt manus personas datus vai apdrošinātā objekta īpašnieka, apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus, tajā skaitā īpašas kategorijas personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likumu, Fizisko personu datu apstrādes likumu un citiem personas datu apstrādes un apdrošināšanas tiesību regulējošiem normatīvajiem aktiem.

Datums

Vārds, uzvārds

Paraksts