

Nelaimes gadījumu apdrošināšanas atlīdzības pieteikums

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

Vārds, uzvārds / Darba devēja nosaukums _____ Polises Nr. _____

APDROŠINĀTĀ PERSONA

Vārds, uzvārds _____ Pers. kods _____

Dzīvesvietas adrese _____ LV- _____ Kontakttālrunis _____

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA DATUMS, LAIKS, VIETA

Datums _ _ . _ _ . _ _ _ _ Laiks _ _ . _ _ Vieta _____

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA RAKSTURS

 Sadzīves trauma Darba trauma Sporta trauma Trauma ceļu satiksmes negadījumā Nāve Cits

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA DETALIZĒTS APRAKSTS

PIRMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA

Datums _ _ . _ _ . _ _ _ _ Medicīniskā iestāde _____

ĀRSTĒŠANĀS LAIKS

No _ _ . _ _ . _ _ _ _ līdz _ _ . _ _ . _ _ _ _ , t.sk. slimnīcā dienas

PIEVIENOTIE DOKUMENTI

 Apdrošināšanas polises kopija gab. Slimnīcas vai ārsta izziņa gab. Čeki un kvītis gab.
 Rentgena un radioloģiskie izmeklējumi gab. Laboratoriskie izmeklējumi gab. Citi dokumenti gab.

CITI JAUTĀJUMI

Vai par notikušo gadījumu tika ziņots policijai? Nē Jā Iestādes nosaukums _____

Apdrošinātā ģimenes ārsta vārds, uzvārds _____

ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAS VEIDS

 Ar pārskaitījumu Bankas nosaukums _____ IBAN konta numurs _____

Konta īpašnieka vārds, uzvārds _____ Pers. kods _____

(Izvēloties Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt pilnvarotajai personai, jāiesniedz pilnvara)

KONTAKTINFORMĀCIJA

Tel. nr. _____ E-pasts _____ Vārds, uzvārds, ja nav Apdrošinātais _____

 Ar savu parakstu apliecinu, ka visa manis sniegtā informācija ir patiesa. Ja manis sniegtā informācija par gadījuma apstākļiem ir maldinoša vai nepatiesa, vai arī netiks ievēroti apdrošinātāja rīkojumi, apdrošināšanas atlīdzības izmaksa var tikt samazināta vai atteikta. Apliecinu, ka atļauju Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiālei, reģ.nr. 40103942087, Vienības gatve 87h, Rīgā, kā personas datu pārzinim un/vai apstrādātājam, apstrādāt manus personas 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. Ārsti un medicīnas iestādes, pie kurām vērsās Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiāle, tiek pilnvaroti sniegt tai nepieciešamo informāciju attiecībā uz manu veselības stāvokli un medicīnisko aprūpi.

Datums _____ Vārds, uzvārds _____ Paraksts _____

Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiāleVienības gatve 87h
Rīga, LV-1004Reģ. Nr. 40103942087
info@compensa.lvTālr. +371 67559999
www.compensa.lv