

PIETEIKUMS SEESAM KRITISKĀS SASLIMŠANAS APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS SAŅĒMŠANAI

Apdrošinājuma ņēmējs	Nosaukums:		
Apdrošinātā persona	Vārds, Uzvārds:		
	Personas kods:	Kartes Nr.:	
	E-pasts:	Tālr.:	
Apdrošinātais risks (Diagnoze)	☐ Alzheimer slimība ☐ Parkinsona slimība ☐ Poliomiēlīts ☐ Terminālās saslimšanas ☐ Vēzis ☐ Krona slimība ☐ C hepatīts ☐ Aplastiskā anēmija	☐ Koma ☐ Laimas slimība ☐ HIV infekcija ☐ Bakteriālais meningīts ☐ Vilsona slimība ☐ Aknu mazspēja ☐ Hroniska nieru mazspēja ☐ Orgānu transplantācija	☐ Paralīze (ekstremitāšu) ☐ Insults ☐ Miokarda infarkts (sirdslēkme) ☐ 1. tipa cukura diabēts ☐ Primārā plaušu hipertensija ☐ Aklums ☐ Multiplā skleroze ☐ Cita:
Pieteikuma iesniedzējs	☐ Apdrošinātā persona	☐ Cita persona Vārds, Uzvārds:	
		Personas kods:	Tālr.:
		E-pasts:	
Atlīdzības saņēmējs	Bankas konta Nr.:		
	☐ Apdrošinātā persona	☐ Cita persona Vārds, Uzvārds:	
		Personas kods:	Tālr.:
		E-pasts:	
	Dokuments, kas apliecina iespēju saņemt atlīdzību:		
	☐ Apliecinu, ka esmu apdrošinātās personas likumiskais pārstāvis (vecāks, aizbildnis, advokāts, brokeris vai pilnvarotā persona), kurš ir tiesīgs sniegt atbildes uz apdrošinātāja jautājumiem		
Apdrošinātājs	Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiāle Juridiskā adrese: Vienības gatve 87H, Rīga, LV-1004. Tāl. 8888. E-pasts: info@compensa.lv		
Iesniedzēja paraksts	Esmu informēts, ka par nepatiesu vai maldinošu ziņu sniegšanu iespējams apdrošināšanas atlīdzības atteikums. Ar šo pilnvarojumu/esmu tiesīgs pilnvarot apdrošinātāju pieprasīt un saņemt no citiem tiesību subjektiem (tajā skaitā no ārstniecības personām/iestādēm, Nacionālā veselības dienesta, VDEĀK u. c.) informāciju par apdrošinātās personas veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, kas nepieciešama iespējamā apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai.		
	Piekrītu saņemt jaunumus un informāciju par akcijām ☐ Jā ☐ Nē Piekrītu saņemt apdrošināšanas produktu piedāvājumus un komerciālus piedāvājumus ☐ Jā ☐ Nē		
	Paraksts	Datums	