

PIETEIKUMS ONKOĻĢISKO SLIMĪBU APDROŠINĀŠANAS "ONCODROP" ATLĪDZĪBAS IZMAKSAI

Polises Nr.
aizpilda Apdrošinātājs

Pieteikuma Nr.
aizpilda Apdrošinātājs

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS / APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>
Dzīvesvietas adrese	<input type="text"/>		LV – <input type="text"/>
Tālrunis	e-pasts	<input type="text"/>	Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.) <input type="text"/>

APDROŠINĀTAIS (Aizpildīt, ja Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātais nav viena un tā pati persona)

Vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Personas kods	<input type="text"/>
Dzīvesvietas adrese	<input type="text"/>		LV – <input type="text"/>
Tālrunis	e-pasts	<input type="text"/>	Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.) <input type="text"/>

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA APRAKSTS

Datums, kad tika diagnosticēta onkoloģiskā saslimšana	<input type="text"/>
Ārsta slēdziens, diagnoze	<input type="text"/>
Piebildes	<input type="text"/>

PAPILDUS PIEVIENOTIE DOKUMENTI

<input type="checkbox"/> Slimības vēstures izraksts	<input type="checkbox"/> Personu apliecināšana dokumenta kopija	<input type="checkbox"/> Bērna dzimšanas apliecības kopija
<input type="checkbox"/> Citi	<input type="text"/>	

LŪDZU IZMAKSĀT APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU, EUR

<input type="checkbox"/> Uz Apdrošinātā bankas kontu	vai	<input type="checkbox"/> Uz pilnvarotās personas bankas kontu
IBAN konta nr.	<input type="text"/>	Banka <input type="text"/>
Pilnvarotās personas vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Personas kods <input type="text"/>

APSTIPRINĀJUMS

Ar savu parakstu apliecinu, ka visa manis sniegtā informācija ir brīvi sniegta, pilnīga un patiesa. Ar šo es pilnvaruju Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāli (turpmāk – Apdrošinātājs) pieprasīt un izmantot jebkurus dokumentus, kas nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības noteikšanai. Ārstniecības personas un iestādes, pie kurām vērsās Apdrošinātājs, tiek pilnvarotas sniegt Apdrošinātājam nepieciešamo informāciju attiecībā uz apdrošināšanas gadījumu. Piekritu, ka manis norādītie dati tiks izmantoti Apdrošinātāja datu apstrādes sistēmā. Ar šo pilnvaruju Apdrošinātāju kā datu pārzini apdrošināšanas līguma izpildei, saskaņā ar normatīvajiem aktiem personas datu aizsardzības jomā saņemt un apstrādāt pieteikumā minētos personu datus, tajā skaitā īpašu kategoriju personas datus, Apdrošinātāja Paziņojumā par privātumu norādītajiem mērķiem.

Datums	<input type="text"/>	Pieteikuma iesniedzēja paraksts	<input type="text"/>	Paraksta atšifrējums	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Pieteikumu pieņēma	<input type="text"/>				
Vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Paraksts	<input type="text"/>	Datums	<input type="text"/>