

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANĀ



Lietas numurs

Polises serija un numurs

Ievadišanas datums

Pieteikuma iesniedzējs	
Vārds, uzvārds	Dzimšanas datums
Adrese	Tālrunis

Apdrošinājumaņēmējs	
Vārds, uzvārds	Dzimšanas datums
Adrese	Tālrunis

Apdrošinātais	
Vārds, uzvārds	Dzimšanas datums
Adrese	Tālrunis

Negadījums	
Datums, laiks	Vieta
Apdrošināšanas gadījuma tips	
Apdrošināšanas gadījums notika sekojošos apstākļos	
Apdrošināšanas gadījumu apstiprina sekojoši dokumenti	
Pirma palīdzība sniegta (kur, kad)	

Piezīmes

Zaudējums un atlīdzība	
Aptuvenā zaudējuma summa	Izmaksāt (vārds, uzvārds, pers. kods)
Izmaksāt	
Skaidrā naudā <input type="checkbox"/>	bankā
Ar pārskatījumu <input type="checkbox"/>	IBAN konts

Informāciju par lietas izskatīšanu vēlos saņemt pa e-pastu _____

Esmu informēts(-a), ka par nepatiesu ziņu sniegšanu iespējams atlīdzības atteikums. Aņņemos nemainīt izvēlēto zaudējumu atlīdzības saņemšanas veidu. Ar šo apliecinu, ka atļauju «BALVA» AAS, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram, apstrādāt manus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar merķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīviem aktiem. Piekrītu nepieciešamās medicīniskās informācijas pieprasīšanai par manu veselības stāvokli saskaņā ar LR «Fizisko personu datu aizsardzības likumu». «BALVA» AAS aņņemas saglabāt konfidencialitāti atteicībā uz saņemto informāciju par klienta veselības stāvokli.

Vārds, uzvārds _____

Paraksts _____

Datums _____