



OCTA PAZIŅOJUMS PAR MEDICĪNAS DOKUMENTU IESNIEGŠANU



Pieteikuma Nr. _____

Paziņojuma iesniedzējs:

Vārds, uzvārds: _____, Personas kods: _____

E-pasta adrese: _____, Tālrunis: _____

Negadījuma rezultātā nodarīti zaudējumi sakarā ar:

Cietušās personas ārstēšanos Cietušās personas pārejošu darbnespēju Cietušās personas darbības zaudējumu

Apbēdīšanas izdevumiem Apgādnieka zaudēšanu Morālo kaitējumu

Citi: _____

Ārstniecības iestāde (-es): _____

Ārstniecisko pakalpojumu apraksts: _____

Pievienotie dokumenti:

EKA čeki _____gab. Stingrās uzskaites kvītis _____gab. Ārstniecības iestādes rēķini _____gab.

Ārstniecības iestādes izraksti _____gab. Citi dokumenti _____

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai. Apzinos, ka, sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, If P&C Insurance AS Latvijas filiālei ir tiesības neizmaksāt man vai apdrošināšanas līgumā noteiktajai personai apdrošināšanas atlīdzību, un es varu tikt saukts pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Ar savu parakstu apliecinu, ka saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem normatīviem aktiem atļauju vai gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs, apdrošinātais un persona, kas paraksta pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta pieteikumu esmu saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu apdrošinātā objekta īpašnieka un/vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja rakstisku atļauju, ka If P&C Insurance AS Latvijas filiālei kā sistēmas pārzinis un datu operators apdrošināšanas līguma darbības nodrošināšanai, kā arī tirgus izpētes un apdrošināšanas pakalpojumu piedāvāšanas nolūkos apstrādā manus vai apdrošinātā objekta īpašnieka, vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus, tai skaitā, bet ne tikai, sensitīvos personas datus, kā arī atļauju If P&C Insurance AS Latvijas filiālei saņemt manus vai apdrošinātās personas vai apdrošināšanas līgumā noteiktā apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus no valsts un pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām.

Paraksts: _____

Paziņojumu pieņēma: _____

(Aizpilda apdrošinātājs)

Datums: 201____. gada ____.