

Līguma numurs:		Datums:	
Apdrošinātās personas (cietušā) vārds un uzvārds:		Personas kods:	
Darba vieta/izglītības iestāde:		Amats/Profesija:	
Atlīdzības pieteikuma iemesls:		trauma	invaliditāte
			kritiskā slimība
Traumatisks veids/diagnoze, notikuma apraksts:			
Datums, laiks, vieta, kad notika negadījums / kritiskās slimības diagnozes datums:			
Pirmās palīdzības sniegšanas laiks un medicīnas iestādes nosaukums, kur tā tika sniegta un turpināta ārstēšana:			
Ārstniecības iestāde / ģimenes ārsts, kuram ir pieejama apdrošinātās personas medicīniskā vēsture:			
Vai ir ziņots policijai vai veikta Tiesībaizsardzības iestādes informēšana?		JĀ	NĒ
Ja "JĀ", lūdzu, norādiet datumu un institūcijas nosaukumu: _____			
PIEVIENOTIE DOKUMENTI			
Medicīnisko dokumentu (t.sk. rentgenogrammu un citu izmeklējumu rezultātu) oriģinālu/kopiju skaits: _____			
Nepilngadīgās apdrošinātās personas pases, ID kartes vai dzimšanas apliecības kopija			
Labuma guvēja pases vai ID kartes kopija			
Citi dokumenti: _____			
PERSONA, KAS INFORMĒ PAR APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMU (IESNIEDZĒJS)			
Apdrošinātā persona	Apdrošinātās personas likumiskais pārstāvis (ja apdrošinātā persona ir nepilngadīga)	Iesniedzēja saistība ar apdrošināto personu: _____	
Ja Iesniedzējs nav Apdrošinātā persona, lūdzu, norādiet:			
Vārds, uzvārds: _____		Personas kods: _____	
IESNIEDZĒJA DATI			
Dzīvesvietas (faktiskā) adrese: _____			
E-pasta adrese: _____		Tālruņa numurs: _____	
Piekrītu, ka informācija par atlīdzības izskatīšanas procesu tiek sniegta pa e-pastu			
Svarīgi: Lai nodrošinātu pietiekamu datu apstrādes drošību, informāciju Jums sniegsim tikai drošā veidā, izmantojot mūsu kriptēšanas sistēmu. Lai piekļūtu nosūtītajai ziņai, nepieciešams atvērt e-pastā norādīto saiti. Sistēma var lūgt apstiprināt Jūsu identitāti, prasot ievadīt PIN kodu, kas izziņas veidā tiks nosūtīts uz Jūsu mobilo telefonu. E-pastā saņemtā saite būs aktīva 14 dienas, kuru laikā iesakām saglabāt datorā vai izdrukāt visus saņemtos dokumentus.			
DATI ATLĪDZĪBAS IZMAKSĀI			
Lūdzu, ņemiet vērā, ka INVL Life apdrošināšanas atlīdzību izmaksās saskaņā ar polises noteikumiem tikai tai personai, kurai ir tiesības to saņemt!			
Atlīdzības saņēmēja vārds, uzvārds:		Personas kods:	
_____		_____	
Saņēmēja konta nr.:		Banka:	
_____		_____	
Nodokļu rezidences valsts (-is):		Nodokļu maks. numurs (-i) un adrese: (ja nod. rezidences valsts Nav Latvija)	
_____		_____	
APLIECINĀJUMI UN PARAKSTI			
Parakstot šo pieteikumu, es apliecinu, ka sniegtie dati ir pilnīgi, patiesi un pareizi.			
Apdrošinātā persona vai tās likumiskais pārstāvis:		Vārds, uzvārds:	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Aizpilda Apdrošinātāja pārstāvis:			
Pieteikumu pieņēma un Iesniedzēju/Labuma guvēju identificēja:		Amats:	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

APDROŠINĀTĀS PERSONAS PIEKRIŠANA INFORMĀCIJAS SNIEGŠANAI

1. Ar šī pieteikuma parakstīšanas brīdi, es piekrītu un atļauju Apdrošinātājam "INVL Life", uždaroji akcine draudimo bendrove (INVL Life) Latvijas filiāle, reģ. nr. 40203383160, vai to saistību pārņēmējam, apstrādāt manus personas datus, tajā skaitā sensitīvus personas datus, kā arī tos patstāvīgi pieprasīt un ievākt no citiem avotiem (veselības aprūpes iestādēm, ārstiem, citām apdrošināšanas sabiedrībām, valsts iestādēm, u.c.), kā arī piekļūt atsevišķām datu kompilācijas datubāzēm, reģistriem un informācijas sistēmām, pamatojoties uz tiesību aktiem. Apdrošinātājs ir tiesīgs apstrādāt un pieprasīt dokumentus, kas satur datus par manu veselības stāvokli, diagnozi, analīžu rezultātiem un ārstēšanu, kā arī jebkurus citus manus personas datus un informāciju, kas ir nepieciešama, lai novērtētu apdrošināšanas risku un noteiktu apdrošināšanas gadījuma vai gadījuma, kas var tikt atzīts par apdrošināšanas gadījumu, apstākļus un sekas gan apdrošināšanas līguma darbības laikā, gan pēc tam, kad apdrošināšanas līgums ir izbeidzies.
2. Es piekrītu un atļauju, ka informācija par manu veselības stāvokli, diagnozi, analīžu rezultātiem un ārstēšanu, kā arī cita personīgā informācija, tiek sniegta apdrošinājuma ņēmējam, labuma guvējam un Apdrošinātājam, lai izmaksātu apdrošināšanas atlīdzību pilnā vai samazinātā apmērā, kā arī atlīdzības izmaksas atteikuma gadījumā.

Apdrošinātā persona vai tās
likumiskais pārstāvis:

Paraksts

Datums

Vārds, uzvārds

Personas kods