

Līguma numurs	Datums:
Apdrošinātās personas (cietušā) vārds un uzvārds	Personas kods
Darba vieta/izglītības iestāde	Amats/Profesija:
Atlīdzības pieteikuma iemesls: trauma invaliditāte kritiskā slimība	
Traumas veids/diagnoze, notikuma apraksts:	
Datums, laiks, vieta, kad notika negadījums / kritiskās slimības diagnozes datums:	
Pirmās palīdzības sniegšanas laiks un medicīniskās iestādes nosaukums, kur tā tika sniegta un turpināta ārstēšana:	
Medicīniskā iestāde / ģimenes ārsts, kuram ir pieejama apdrošinātās personas medicīniskā vēsture:	
Vai ir ziņots policijai vai veikta Tiesībaizsardzības iestādes informēšana (ja jā, lūdzu, norādiet datumu un institūcijas nosaukumu)?	Jā Nē

**Pievienotie dokumenti:**

Medicīnisko dokumentu oriģinālu/kopiju skaits:	Rentgenogrammas, pievienoto dokumentu 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 (lesniedzējs):**

Apdrošinātā persona	Apdrošinātās personas likumiskais pārstāvis (ja apdrošinātā persona ir nepilngadīga)	lesniedzēja saistība ar apdrošināto personu:
Ja lesniedzējs nav Apdrošinātā persona, lūdzu, norādiet vārdu, uzvārdu:		Personas kods:

**lesniedzēja dati:**

Adrese:	
E-pasts korespondencei:	Telefona numurs:
Piekrītu, ka informācija par atlīdzības izskatīšanas procesu tiek sniegta pa e-pastu.	
Svarīgi : piekrītot saņemt informāciju pa e-pastu, es apliecinu, ka es apzinos riskus, ka informācijas saņemšana nešifrētā e-pastā ir nedroša un uzņemos atbildību par šādā veidā saņemto informāciju un sekām.	

**Apdrošināšanas atlīdzību lūdzu pārskaitīt:**

(Lūdzu, ņemiet vērā, ka Mandatum Life apdrošināšanas atlīdzību izmaksās saskaņā ar polises noteikumiem tikai tai personai, kurai ir tiesības to saņemt!)

Atlīdzības saņēmēja vārds, uzvārds:	Banka:
Atlīdzības saņēmēja bankas konts:	Personas kods :

**Parakstot šo pieteikumu, es apliecinu, ka sniegtie dati ir pilnīgi, patiesi un pareizi.**

Apdrošinātās personas vai to likumiskā pārstāvja vārds un uzvārds, datums:	Paraksts:
--	-----------

**Pieteikumu pieņēma un lesniedzēju un Labuma guvēju identificēja (aizpilda Apdrošinātāja pārstāvis):**

Vārds, uzvārds, amats, datums:	Paraksts:
--------------------------------	-----------

**APDROŠINĀTĀS PERSONAS PIEKRIŠANA INFORMĀCIJAS SNIEGŠANAI**

1.Ar šī pieteikuma parakstīšanas brīdi, es piekrītu un atļauju Apdrošinātājam Mandatum Life Insurance Company Limited Latvijas filiāle, reģ. nr. 40003883872, 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.

Apdrošinātās personas vai tās likumiskā pārstāvja Vārds un Uzvārds, personas kods, datums:	Paraksts:
--	-----------