

**Apdrošinājumaņēmējs vai Atlīdzības saņēmējs**

Vārds, Uzvārds/Nosaukums: _____

Personas kods/Dzimšanas datums/Reģistrācijas numurs: _____

Uzturēšanās adrese Latvijā: _____ LV - _____

Tālrunis: _____ E-pasta adrese: _____

Apdrošinātais

Vārds, Uzvārds: _____

Personas kods/Dzimšanas datums: _____

Uzturēšanās adrese Latvijā: _____ LV - _____

Dzīves vietas adrese mītnes zemes valstī: _____

Tālrunis: _____ E-pasta adrese: _____

Apdrošināšanas līgums

Apdrošināšanas polises numurs: _____ Apdrošināšanas periods no: _____ līdz: _____

Negadījums

Negadījuma datums: _____ Negadījuma vieta: _____

Radušies izdevumi: Ārstēšanas izdevumi Transportēšanas izdevumi Repatriācijas izdevumi

Negadījuma apraksts: _____

Izdevumu summa EUR: _____ Pašrisks EUR: _____

Atlīdzības saņēmēja bankas rekviziti

Bankas nosaukums: _____

SWIFT kods: _____ IBAN: _____

Pievienotie dokumenti Pases kopija Uzturēšanās atļaujas kopija Izraksts no medicīnas kartes Čeki, stingras uzskaites kvītes Miršanas apliecība Cits: _____

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai. Apzinot, 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 Latvijas Republikas 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 šo pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta šo pieteikumu esmu saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu apdrošinātā un/vai apdrošināšanas polisē norādītā labuma guvēja rakstisku atļauju, ka If P&C Insurance AS Latvijas filiāle kā sistēmas pārzinis un datu operators apdrošināšanas līguma darbības nodrošināšanai, kā arī tirgus izpētes un apdrošināšanas pakalpojumu piedāvāšanas nolūkos apstrādā manus vai apdrošinātā, vai apdrošināšanas polisē norādītā labuma guvēja datus, tai skaitā, bet ne tikai, sensitīvos personas datus, kā arī atļauju If P&C Insurance AS Latvijas filiālei saņemt manus vai apdrošinātā vai polisē norādītā labuma guvēja datus no valsts un pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām.

Ar šo apliecinu, ka pieteikumam pievienoto dokumentu kopijas ir izdarītas no oriģināla un atbilst tam. Aņņemos uzglabāt pieteikumam pievienoto dokumentu oriģinālus vismaz trīs gadus un pēc If P&C Insurance AS Latvijas filiāle pieprasījuma tos nekavējoties uzrādīt, bet ne vēlāk kā piecu darba dienu laikā.

Vārds, Uzvārds: _____, Pieteikuma iesniedzēja Paraksts: _____

Datums: 201__ . gada ____ . _____