AAS "Gjensidige Baltic"
Reģ. Nr.: 50003210451
Brīvības iela 39
Rīga, LV-1010, Latvija
Tālrunis: 67106359
Fakss: 67106444
E-pasts: info@gjensidige.lv
www.gjensidige.lv

GJENSIDIGE

DOKUMENTS REĢISTRĒTS **Pārstāvniecībā:** d d m m g g g g Amats, vārds, uzvārds Paraksts	DOKUMENTS REĢISTRĒTS **PAN** d d m m g g g g Amats,vārds, uzvārds Paraksts

IESNIEGUMS ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAI NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANĀ

Polises darbības laiks no d d m m g g g g	līdz d d m m g g g g	**Polise Nr.**

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, uzvārds	Personas kods	
Adrese	Pasta indekss	Tālrunis

APDROŠINĀTĀ PERSONA

Vārds, uzvārds	Personas kods	
Adrese	Pasta indekss	Tālrunis

LŪDZU, IZMAKSĀT APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU SAKARĀ AR NELAIMES GADĪJUMU, KAS NOTIKA:

Datums d d m m g g g g	Laiks :	Vieta

NOTIKUMA RAKSTURS

Sadzīves trauma ☐ Darba trauma ☐ Ceļu satiksmes negadījums ☐ Sporta trauma ☐ Cits _____

NOTIKUMA CĒLONIS UN APRAKSTS

ĀRSTA SLĒDZIENS

PIRMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA SNIEGTA

Datums d d m m g g g g	Ārstniecības iestāde

ĀRSTĒŠANĀS LAIKS

No d d m m g g g g	līdz d d m m g g g g	Tai skaitā slimnīcā dienas

IESNIEDZU ŠĀDUS DOKUMENTUS:

1. Apdrošināšanas polises Nr. _____ kopija
2. Izraksts _____
3. _____
4. _____

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT

Skaidrā naudā ☐ **Ar pārskaitījumu** ☐

Vārds, uzvārds / uzņēmuma nosaukums	Personas kods
Banka */Ja atlīdzību saņem skaidrā naudā, norādīt Apdrošinātāja struktūrvienību, kur saņems /*	Bankas kods
Konts	Subkonts

Ar savu parakstu apliecinu, ka visa manis sniegtā informācija ir patiesa. Apzinos, ka par nepatiesu ziņu sniegšanu iespējams atlīdzības atteikums.
Ar šo es apliecinu, ka atļauju AAS GJENSIDIGE BALTIC, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram, apstrādāt manus personas datus, t.sk. sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsradzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem.

Vārds, uzvārds _____ Paraksts _____ Datums d d m m g g g g