

KOMPENSĀCIJAS PIETEIKUMS

Aizņēmēja apdrošināšana

 Darba nespēja Negribēta darbavietas zaudēšana Nāve

LŪDZAM AIZPILDĪT AR DRUKĀTIEM BURTĪEM		Zaudējumu atlīdzības lietas numurs (aizpilda apdrošināšanas devējs)
Apdrošināšanas ņēmējs	Vārds	Personas kods
	Adrese	Tālrunis/e-pasts
	Darbavieta	Amats
	Aizdevuma līguma Nr.	Maksājuma atsauces numurs

DARBA NESPĒJA/NĀVE

(Apdrošināšanas ņēmēja darba nespējas gadījumā aizpilda apdrošināšanas ņēmējs, apdrošināšanas ņēmēja nāves gadījumā apdrošināšanas ņēmēja mantinieks vai labuma guvējs)

Apdrošināšanas ņēmēja veselības stāvoklis pirms darba nespējas	Apdrošināšanas ņēmēja hroniskās slimības un pastāvīgie veselības traucējumi.	
	Ārstniecības iestādes, kurās apdrošināšanas ņēmējs divu pēdējo gadu laikā ārstējies.	
	Apdrošināšanas ņēmēja slimības pēdējā gada laikā. Slimības raksturs, ārstēšanās laiks.	
Informācija par nelaimes gadījumu, saslimšanu vai nāvi	Notikšanas laiks Datums ____/____/____ Pulksteņa laiks _____	Notikšanas vieta
	Nelaiemes gadījuma veids <input type="checkbox"/> Negadījums darbā <input type="checkbox"/> Nelaiemes gadījums sporta sacīkstēs <input type="checkbox"/> Nelaiemes gadījums sportojot hobbija nolūkā <input type="checkbox"/> Sadzīves negadījums <input type="checkbox"/> Satiksmes negadījums	
	Gadījuma apraksts (kā notika, kura ķermeņa daļa ievainota, diagnoze u.c.).	
Vai cietusī ķermeņa daļa ir bijusi savainota arī agrāk? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā Ja Jā, lūdzam norādīt, kad.		

Informācija par darba nespēju un ārstniecību	Kad apdrošināšanasņēmējs pirmo reizi griezies pie ārsta? Datums ____/____/____ Pulksteņa laiks ____	Ārstējošā ārsta vārds
	Ārstniecības iestādes nosaukums, adrese.	
	Kādu ārstniecību apdrošināšanasņēmēj saņēma? Lūdzam pievienot ārsta izziņu par diagnozi un nozīmēto ārstniecību (t.sk. procedūrām un medikamentiem).	
	Vai apdrošināšanasņēmējs bija ievietots slimnīcā? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā Ja Jā, lūdzam norādīt, cik ilgi un kurā slimnīcā. Pievienojiet izrakstu no slimības vēstures.	
	Kādu ārstu palīdzību apdrošināšanasņēmējs vēlāk ir izmantojis? Kādā slimnīcā/ārstniecības iestādē?	
Cik ilgi apdrošināšanasņēmējs bija darba nespējīgs? Pievienot darba nespējas lapu.		
Cita informācija	Vai pēc negadījuma apdrošināšanasņēmējs ir vērsies policijā? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā Ja Jā, pievienojiet dokumentu par krimināllietas ierosināšanu/apturēšanu/izbeigšanu u.c.	
	Vai, notiekot negadījumam, apdrošināšanasņēmējs bija alkohola, narkotisko vai psihotropo vielu reibumā? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā Ja Jā, norādiet patērēto daudzumu.	

NEGRIBĒTS DARBAVIETAS ZAUDĒJUMS

(Lūdzam aizpildīt apdrošināšanasņēmēja darbavietas zaudējuma gadījumā)

Pēdējā darba devēja nosaukums	Darbavietas adrese, kontaktālrūnis	Darbinieka amats
Darba attiecību sākuma datums	Kad pirmo reizi tika paziņots par gaidāmo atbrīvošanu no darba?	Darba attiecību beigu datums
Vai darbs bija uz pilnu slodzi? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā	Darba stundu skaits nedēļā	
Vai darba attiecības bija uz noteiktu termiņu? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā Ja Jā, norādiet darba attiecību sākuma un beigu datumu.		
Vai apdrošināšanasņēmējs pārtraucis darba attiecības pēc paša vēlēšanās? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā Ja Jā, norādiet iemeslu.		
Vai apdrošināšanasņēmējs nodarbojas ar uzņēmējdarbību (kā pašnodarbināta persona)? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā		
Vai apdrošināšanasņēmējs stājies darbā jaunā darbavietā? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā Ja Jā, lūdzam norādīt jauno darba attiecību sākuma datumu un darba devēja nosaukumu.		
Vai apdrošināšanasņēmējs bija iepriekšējā darba devēja komercsabiedrības partneris/dalībnieks (akcionārs)? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā		
Vai apdrošināšanasņēmēja bijušais darba devējs ir viņa radnieks? <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Jā		

Apliecinu, ka augstāk norādītās ziņas ir patiesas un pilnīgas. Apzinos, ka gadījumā, ja sniegtā informācija ir nepatiesa vai nepilnīga, apdrošināšanas devējam ir tiesības samazināt kompensējamo summu vai atteikt atlīdzības izmaksu. Apzinos, ka saskaņā ar apdrošināšanas līguma noteikumiem apdrošināšanas devējam ir tiesības saņemt ar zaudējumu atlīdzināšanas gadījumu saistīto informāciju no personām, kuru rīcībā šī informācija ir.

Paraksts	Pieteikuma aizpildīšanas vieta un datums	Apdrošināšanasņēmēja vai viņa pārstāvja vārds un paraksts
-----------------	--	---

Zaudējumu atlīdzināšana:

ERGO Latvija

Unijas iela 45, LV-1039 Rīga

e-pasts kreditaapdrosinasana@ergo.ee