

Igaunijas Golfa asociācija, polise nr. 102-4412 / Estonian Golf Association, policy nr 102-4412

## AIZPILDĪT VISAS SADALĀS / FILL IN ALL SECTIONS

<b>Atlīdzības pieteicēja personas dati</b> /Claimant's personal data	Vārds /Name		Personas kods /Personal identity nr	
	LGF HCP numurs / LGF HCP License nr			
	Adrese /Street address		Pasta indekss /Postal code	Pilsēta /City
	E-pasta adrese /E-mail address: Vai ar Jums var sazināties izmantojot e-pastu? /may Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Tālrunis /Telephone		Banka un konta nr. /Bank and account nr	
<b>Dati par apdrošināšanas gadījumu /Data on loss event</b>	Latvijas Golfa asociācijas biedrs? <input type="checkbox"/> Membership of Latvian Golf Association?		Gadījuma laiks (datums un laiks) /Time of loss (date and time)	
	Gadījums /Loss: Hole in One <input type="checkbox"/>		Pievienotie dokumenti /Attached documents: Tulemuskaardi koopja /Copy of the scorecard <input type="checkbox"/> Čeku oriģināli /Original receipt of the drinks <input type="checkbox"/> Rakstisks apstiprinājums no kluba /Written confirmation of the club <input type="checkbox"/>	
	Paliekoša invaliditāte /Permanent total Disability <input type="checkbox"/>		Ārsta slēdziens /Proof from Physician <input type="checkbox"/>	
	Nelaiemes gadījums /Accidental damage <input type="checkbox"/>		Cita dokumentācija /Any other statements <input type="checkbox"/>	
	Apdrošināšanas gadījuma īss apraksts /Short description of the loss event			
<input type="checkbox"/> turpinājums atsevišķā pielikumā /continues on a separate attachment				
<b>Atlīdzības summa</b>	€			
<b>Paraksts /Signature</b>	Ar savu parakstu apstiprinu, ka manis sniegtā informācija ir patiesa. Apliecinu, ka apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt jebkādu atlīdzības lietas izskatīšanai nepieciešamo informāciju no ārstniecības iestādēm, Sociālās apdrošināšanas institūcijām un citām iestādēm un personām, kam pieejama informācija par manu veselības stāvokli. Apdrošinātais piekrīt, ka Chartis Finland un/vai tās aģentiem ir tiesības apstrādāt viņa personas datus (tajā skaitā sensitīvo personas informāciju), veicot apdrošināšanas gadījuma izskatīšanu un nodrošinot citu tiesību un pienākumu izpildi, saskaņā ar apdrošināšanas polises noteikumiem. /I declare that the information given in this notification is true and correct. For the purpose of handling this claim, I authorize the company to acquire whatever clarifications it may deem necessary from doctors, the Social Insurance Institution and any other establishments or persons processing information about me and my state of health. The Insured hereby consents to Chartis Finland and /or their agents processing their personal data (including sensitive personal data) in accordance with the terms and conditions of the insurance policy for the purpose of administering the claims process and settling all rights and obligations for the period necessary under the policy.			
	Vieta un laiks /Place and date		Atlīdzības pieteicēja paraksts /Claimant's signature	
<b>Apdrošināšanas sabiedrība / Insurance company</b>	Chartis Europe S.A. (Finland) Kasarmikatu 44 FIN-00130 HELSINKI		<b>Apdrošināšanas starpnieks / Insurance intermediary</b>	IIZI Kindlustusmaakler AS Pärnu mnt 158/1 11317 TALLINN