

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

POLISES NUMURS

## 1. Ziņas par apdrošināšanas gadījumu

1.1. Apdrošināšanas gadījuma datums: 20  . gada  .  plkst.  :

## 2. Ziņas par apdrošināšanas līgumu

2.1. Apdrošinājuma ņēmējs  p.k. / reģ. Nr.   
(vārds, uzvārds / jurid. pers. nosaukums)

2.2. Apdrošinātais  p.k.   
(vārds, uzvārds)

2.3. Pieteikuma iesniedzējs  p.k.   
(vārds, uzvārds)

2.4. Adrese  Tālrunis   
(iela, mājas Nr., pilsēta, pasta indekss)

e-pasta adrese

## 3. Pievienotie dokumenti

ārsta izziņa par nāves cēloni  miršanas apliecības kopija  pasēs / personas apliecības kopija

cits

Aprēķināto apdrošināšanas atlīdzību lūdzu pārskaitīt uz  SWIFT / BIC kods   
(bankas nosaukums)

Konta numurs  Valūta

Konta īpašnieks  p.k. / reģ. Nr.   
(vārds, uzvārds / jurid. pers. nosaukums)

Ar atlīdzības pieteikuma aizpildīšanu un parakstīšanu apliecinu, ka:

1. esmu iepazinies/ -usies ar ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāles (turpmāk tekstā – Apdrošinātājs) Privātuma politiku personas datu apstrādei, kas ir publicēta Apdrošinātāja tīmekļa vietnē <https://www.ergo.lv/par-ergo/privatuma-politika>, kā arī nodrošināta tās pieejamība Apdrošinātāja pārdošanas vietās;
2. aizpildot šo pieteikumu citas personas vārdā, esmu saņēmis šīs personas atļauju nodot viņas personas datus Apdrošinātājam personas datu apstrādei no apdrošināšanas līguma izrietošo saistību izpildei;
3. pieteikumā sniegtās ziņas ir patiesas un piekrītu, ka sniežot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt vai samazināt apdrošināšanas atlīdzību un es varu tikt saukts/ -ta pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Pieteikuma iesniedzējs  p.k.   
(vārds, uzvārds)

Piekrītu, ka ar atlīdzības lietu saistīto informāciju ERGO nosūta uz e-pastu Jā  Nē

Datums

## Aizpilda apdrošinātāja pārstāvis

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kopā izmaksai EUR  Datums  Paraksts

Pieteikumu pieņēma  Datums   
(vārds, uzvārds)