

IESNIEGUMS DZEMDĪBU IZDEVUMU PABALSTA SAŅEMŠANAI

Polises numurs

1. Ziņas par apdrošināšanas līgumu

Apdrošinājumaņēmējs Personas kods

Vārds, Uzvārds

Apdrošinātais Personas kods

Vārds, Uzvārds

2. Ziņas par jaundzimušo

Vārds, uzvārds

Personas kods

Dzimšanas datums

3. Ziņas par atlīdzības saņēmēju

Vārds, uzvārds

Personas kods

Dzimšanas datums

E-pasts

Tālrunis

4. Pievienotie dokumenti

Jaundzimušā dzimšanas apliecība

5. Rekvizīti

Apdrošināšanas atlīdzību pārskaitīt uz bankas kontu Valūta

Bankas nosaukums un SWIFT/BIC kods (sadaļa jāaizpilda, ja pārskaitījums tiek veikts ārpus Latvijas)

Konta īpašnieks Personas kods

6. Apliecinājums

Ar atlīdzības pieteikuma aizpildīšanu un parakstīšanu apliecinu, ka:

- 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/lv/par--ergo/privatuma-politika>, kā arī nodrošināta tās pieejamība Apdrošinātāja pārdošanas vietās;
- aizpildot šo pieteikumu citas personas vārdā, esmu saņēmis/-usi šīs personas atļauju nodot viņas personas datus Apdrošinātājam personas datu apstrādei no apdrošināšanas līgumā izrietošo saistību izpildei;
- pieteikumā sniegtās ziņas ir patiesas un piekritis, ka sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību un es varu tikt saukts/ -ta pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Pieteikuma iesniedzējs Personas kods

Vārds, Uzvārds

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

Datums

Paraksts

Paraksts nav nepieciešams, ja dokuments tiek iesniegts izmantojot pašapkalpošanas portālu www.mansergo.lv.