

POLISES NUMURS

IZMAKSU LIETAS Nr.

1. Ziņas par apdrošināšanas gadījumu

1.1. Apdrošināšanas gadījuma (negadījuma) datums: 20 . gada . plkst. :

1.2. Notikuma vieta
(valsts, apdzīvota vieta)

1.3. Kādas kompetentās iestādes tika informētas par negadījumu
(iestādes nosaukums)

2. Ziņas par apdrošināto

2.1. Apdrošinājuma ņēmējs p.k./reģ. Nr.
(Vārds, Uzvārds/nosaukums)

Adrese tālrunis
(novads, pagasts, pilsēta, iela, mājas Nr., pasta indekss)

2.2. Trešā persona / cietušais p.k./reģ. Nr.
(Vārds, Uzvārds/nosaukums)

Adrese tālrunis
(novads, pagasts, pilsēta, iela, mājas Nr., pasta indekss)

3. Apdrošināšanas gadījuma apraksts:

Apskates vieta un laiks

Kontaktpersona tālrunis
(Vārds, Uzvārds)

Lūdzu aprēķināto apdrošināšanas atlīdzību pārskaitīt uz
(bankas nosaukums)

Konta numurs Valūta

Konta īpašnieks p.k./ reģ. Nr.
(Vārds, Uzvārds/ nosaukums)

Apliecinu, ka šeit sniegtās ziņas ir patiesas un piekřītu, ka nepatiesas informācijas sniegšanas gadījumā var tikt atteikta vai samazināta apdrošināšanas atlīdzība. Ar šo apliecinu, ka atļauju ERGO Insurance SE Latvijas filiālei, kā personas datu operatoram, apstrādāt manus personas datus, t. sk. datus par manu veselības stāvokli un personas identifikācijas kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personas datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīviem aktiem.

Aņņemos nemainīt apdrošināšanas atlīdzības saņņēmšanas veidu!

Iesniedzējs p.k. / reģ. nr.
(Vārds, Uzvārds / nosaukums, juridiskās personas amats)

Piekřītu, ka ERGO ar atlīdzību lietu saistīto informāciju nosūta uz e-pastu Jā Nē tālrunis

paraksts e-pasta adrese

Pieteikumu pieņņema 20 . gada .