

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāles vadītājam  
Reģ. Nr. 40103336441,  
juridiskā adrese Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013

\_\_\_\_\_  
Organizācijas nosaukums  
\_\_\_\_\_

**IESNIEGUMS**  
apdrošināšanas atlīdzības izmaksai.

Lūdzu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību \_\_\_\_\_  
(labuma guvēja vārds, uzvārds, personas kods)

sakarā ar \_\_\_\_\_ nāvi.  
(apdrošinātā vārds, uzvārds, personas kods)

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksāt, pārskaitot to uz kontu:

Konta īpašnieks: \_\_\_\_\_  
(vārds, uzvārds, personas kods)

Banka: \_\_\_\_\_  
(bankas nosaukums)

Konta Nr.: \_\_\_\_\_  
(konta numurs)

Miršanas apliecības kopija, medicīniskā apliecība par nāves cēloni un labuma guvēja pases kopija  
pievienota.

Organizācijas vadītājs \_\_\_\_\_  
(paraksts) \_\_\_\_\_  
(vārds, uzvārds)