

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

IESNIEGUMS
apdrošināšanas atlīdzības izmaksai.

Lūdzu izmaksāt man _____
(labuma guvēja vārds, uzvārds, personas kods)

apdrošināšanas atlīdzību 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)

Saskaņā ar Latvijas Republikas Civillikumu esmu apdrošinātā

(apdrošinātā vārds, uzvārds, personas kods)

(radniecība)

: Apņemos noregulēt jebkādas iespējamās prasības, ko saistībā ar šīs apdrošināšanas atlīdzības izmaksu var celt citi mantinieki.

Ar šo apliecinu, ka atļauju ERGO Life Insurance SE Latvijas filiālei kā datu sistēmas pārzinim un personas datu operatoram apstrādāt manus personas datus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma saistību izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

(datums)

(paraksts)