

_____ (filiale / birojs)

Vārds, uzvārds: _____

Personas kods: _____

Adrese: _____

Darba tālr.: _____ Mājas tālr.: _____ Mob. tālr.: _____

IESNIEGUMS apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai

Sakarā ar apdrošinātā _____
(vārds, uzvārds)

notikušo apdrošināšanas gadījumu 200__ . g." __. " _____ lūdzu izmaksāt

apdrošināšanas atlīdzību (kam): _____

skaidrā naudā;

(vārds, uzvārds, personas kods)

ar pārskaitījumu: banka _____

konta Nr. IBAN _____

Apdrošināšanas gadījumu apstiprina sekojoši dokumenti:

1. _____

2. _____

3. _____

Apdrošināšanas gadījums notika sekojošos apstākļos:

Pirmā palīdzība sniegta (kur, kad): _____

Pievienoju apdrošināšanas polisi: sērija _____ Nr. _____

Apdrošinājuma ņēmējs: _____

Piekrītu nepieciešamās medicīniskās informācijas pieprasīšanai par manu veselības stāvokli saskaņā ar LR "Fizisko personu datu aizsardzības likumu". „BALVA” AAS apņemas saglabāt konfidencialitāti attiecībā uz saņemto informāciju par klienta veselības stāvokli.

200__ . g." __. " _____

_____ (apdrošinātā paraksts)

Iesniegumu saņēmu 200__ . g." __. " _____, reģ. Nr. _____

_____ (eksperta paraksts un atšifrējums)