

Iesniegums
Dzemdību izdevumu pabalsta saņemšanai

Polises numurs

1. Ziņas par apdrošināšanas līgumu

Apdrošinājuma ņēmēja vārds, uzvārds

Apdrošinātā vārds, uzvārds

Personas kods

Personas kods

2. Ziņas par jaundzimušo

Vārds, uzvārds

Personas kods

Dzimšanas datums

3. Ziņas par atlīdzības saņēmēju

Vārds, uzvārds

E-pasts

Deklarētās dzīvesvietas adrese

Personas kods

Dzimšanas datums

Tālrunis

Korespondences adrese (norādīt, ja atšķiras no deklarētās adreses)

4. Pievienotie dokumenti

☐ Jaundzimušā dzimšanas apliecība

5. Rekvizīti

Apdrošināšanas atlīdzību pārskaitīt uz bankas kontu

Konta īpašnieks

Valūta

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

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 piekřitu, ka sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību un es varu tikt saukts/-ta pie atbildības Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Pieteikuma iesniedzēja vārds, uzvārds

Personas kods

Piekřitu, ka ar atlīdzības lietu saistīto informāciju Apdrošinātājs nosūta uz e-pastu

☐ Jā ☐ Nē

Datums

Paraksts

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