



iesniegums par transportlīdzekļa zaudējumu atlīdzību

Fiziskas personas pieteikums par atlīdzības saņemšanas veidu

ADB "Gjensidige" Latvijas filiāle
TRANSPORTLĪDZEKĻU ATLĪDZĪBU GRUPA
Brīvības iela 39, Rīga, LV-1010
Fakss: 67106429

No īpašnieka/pilnvarotas personas (ja rīkojas uz pilnvaras pamata)

Vārds	Uzvārds	Personas kods
Kontakttālrunis	E-pasts	

Lūdzu ADB "Gjensidige" Latvijas filiāli zaudējumu atlīdzību lietā nr. _____

par transportlīdzekli _____ valsts reģ. nr. _____ izmaksāt:

Pārskaitot uz	Banka	Konta īpašnieka vārds, uzvārds	Personas kods
IBAN Konts			

Apmaksājot ar apdrošinātāju saskaņota remontdarbu veicēja pakalpojumus _____

Aizpildīšanas vieta	Aizpildīšanas datums	
Vārds	Uzvārds	Paraksts

Norādīt obligāti!

Norādīt obligāti!