



Iesniegums par transportlīdzekļa zaudējumu atlīdzību

Juridiskas personas pieteikums par atlīdzības saņemšanas veidu

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

Jur. pers. nosaukums	Reģ.Nr.	
Pārstāvja amats	Vārds	Uzvārds
Kontakttālrunis	E-pasts	Pilnvaras nr. (ja rīkojas uz pilnvaras pamata)

Lūdz ADB "Gjensidige" Latvijas filiāli zaudējumu atlīdzību lietā nr.

par transportlīdzekli valsts reģ. nr. izmaksāt:

Pārskaitot uz

Banka	Īpašnieka vārds, uzvārds / Nosaukums	Personas kods / Reģ.Nr.
IBAN kods		

Apmaksājot ar apdrošinātāju saskaņota remontdarbu veicēja pakalpojumus

Aizpildīšanas vieta	Aizpildīšanas datums	
Vārds	Uzvārds	Paraksts

Norādīt obligāti!

Norādīt obligāti!

Zīmogs

Parakstītājs apstiprina, ka viņam ir tiesības juridiskās personas vārdā parakstīt šo iesniegumu.