



Pieteikums darbinieku nelaiemes gadījumu apdrošināšanai

Informācija par uzņēmumu - apdrošinājuma ņēmēju (obligāti aizpildāmie lauki)

Nosaukums	Reģistrācijas Nr.
E-pasta adrese	Telefona Nr.
Darbības nozare	Kopējais apdrošināmo skaits

Iepriekšējā pieredze darbinieku Nelaiemes gadījumu apdrošināšanā

Pēdējo 3 gadu laikā darbinieki cietuši nelaiemes gadījumā (-os)

Nē

Jā Norādiet apdrošināšanas gadījumu skaitu un bojājumu raksturu

Apdrošināmo personu sadalījums (skaits) pa riska grupām

Administrācija (birojs)	<input type="text"/>	Paaugstināta riska darbinieki (apsargi, mežsargi, kokapstrāde, elektriķi u.c. darbi lielā augstumā)	<input type="text"/>
Fiziska darba strādnieki (autovadītāji, rūpnīcas un noliktavu strādnieki u.c.)	<input type="text"/>	Citi	<input type="text"/>

Apdrošinātie riski un apdrošinājuma summas

Apdrošinātais risks	Apdrošinājuma summa	Apdrošinātais risks	Apdrošinājuma summa
Nāve	<input type="text"/>	Slimnīcas dienas nauda	<input type="text"/>
Invaliditāte	<input type="text"/>	Pārejoša darba nespēja (dienas nauda)	<input type="text"/>
Traumas	<input type="text"/>	Kritiskās slimības	<input type="text"/>
Medicīniskie izdevumi	<input type="text"/>	Citi riski	<input type="text"/>

Apdrošināšanas periods	No <input type="text"/>	Līdz <input type="text"/>
Starpnieks	<input type="text"/>	Telefona Nr. <input type="text"/>
Kontaktpersona	<input type="text"/>	Telefona Nr. <input type="text"/>
Piezīmes	<input type="text"/>	

Apliecinu, ka visa sniegtā informācija ir patiesa.

Uzņēmuma nosaukums	
Vārds, Uzvārds	Amats