



# IESNIEGUMS JAUNAS APDROŠINĀŠANAS KARTES IZGATAVOŠANAI



## Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_, Tālrunis: \_\_\_\_\_

If veselības apdrošināšanas kartes Nr.: \_\_\_\_\_, P.k./Reģ. Nr.: \_\_\_\_\_

## Iesniegums

(apstipriņošu atbildi atzīmējiet ar x pretim piedāvātajiem atbilžu variantiem)

### Lūdzu izgatavot jaunu If Apdrošināšana veselības apdrošināšanas karti sakarā ar:

nozaudēšanu

uzvārda maiņu no \_\_\_\_\_ uz \_\_\_\_\_  
(iepriekšējais uzvārds) (jaunais uzvārds)

cits \_\_\_\_\_

(norādiet iemeslu)

### Lūdzu, norādiet kā apmaksāsit veselības apdrošināšanas kartes izgatavošanas izdevumus:

Apmaksu veikšu elektroniski (Apdrošinātajai personai rēķins tiek nosūtīts elektroniski)

(norādiet e-pasta adresi, uz kuru nosūtīt rēķinu)

apmaksu veikšu If Apdrošināšana centrālajā birojā, Mūkusalas ielā 101 (rēķinu var saņemt pie biroja administratora)

### Lūdzu, norādiet kurā If Apdrošināšana klientu apkalpošanas centrā vēlaties saņemt jauno apdrošināšanas karti:

(atzīmējiet vēlamo)

Centrālajā klientu apkalpošanas centrā, Mūkusalas ielā 101, Rīgā

Vecrīgas klientu apkalpošanas centrā, Z. A. Meierovica bulvarī 8, Rīgā

Liepājas klientu apkalpošanas centrā, Radio ielā 19, Liepājā

Valmieras klientu apkalpošanas centrā, Rīgas ielā 5, Valmierā

Jauni apdrošināšanas dokumenti tiek izgatavoti 5 (piecu) darba dienu laikā no iesnieguma saņemšanas dienas If Apdrošināšana Centrālajā klientu apkalpošanas centrā. Jaunas veselības apdrošināšanas kartes izgatavošanas maksa LVL 3.50 +PVN.

Apdrošinātā paraksts: \_\_\_\_\_, Datums: 201\_\_\_\_. gada \_\_\_\_.