

Apdrošināšanas
līguma izbeigšanas datums _____ . gada ____ . _____

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

Vārds/vārdi un uzvārds _____ Personas kods _____ - _____

Dzīvesvietas adrese _____

Pasta indekss _____ Tālrunis _____ Mobilais tālrunis _____

Konta numurs AS "SEB banka", uz kuru pārskaitīt prēmijas daļu par neizmantoto apdrošināšanas periodu

LV _____ UNLA _____

ANULĒJAMIE APDROŠINĀŠANAS LĪGUMI

KMA apdrošināšanas līguma numurs _____

KMA apdrošināšanas līguma numurs _____

Apdrošināšanas līguma anulēšanas iemesls:

- atteikšanās no apdrošināšanas 15 dienu laikā pēc Apdrošināšanas līguma noslēgšanas;
- neatbilstība KMA priekšnoteikumiem;
- domstarpības sakarā ar apdrošināšanas atlīdzību izmaksu;
- aizdevuma atmaksa pirms plānotā termiņa;
- civiltāvokļa maiņa;
- citas apdrošināšanas sabiedrības pakalpojumu izvēle;
- cits iemesls, lūdzu, norādiet kāds _____

Papildu informācija

Apdrošinājuma Ņēmējam ir tiesības izbeigt Apdrošināšanas līgumu. Apdrošinājuma Ņēmējam par to ir rakstiski jāpaziņo Apdrošinātājam, izmantojot Bankas starpniecību. Apdrošināšanas līguma darbība izbeidzas dienā, kad Apdrošinājuma Ņēmējs iesniedz Pieteikumu KMA līguma izbeigšanai AS "SEB banka".

PARAKSTI

Apdrošinājuma Ņēmējs

Datums un vieta _____ . _____ . _____ _____

Apdrošinājuma Ņēmēja
paraksts _____ Apdrošinājuma Ņēmēja
paraksta atšifrējums _____

AS "SEB banka" pārstāvis, kurš apstiprina Pieteikuma KMA līguma izbeigšanai saņemšanu

AS "SEB banka" filiāles
zīmogs/spiedogs un pārstāvja paraksts

AS "SEB banka" pārstāvja vārds, uzvārds un kontakttālrunis

Lūdzu, sagatavojiet trīs (3) Pieteikuma KMA līguma izbeigšanai eksemplārus (Genworth Financial, Apdrošinājuma Ņēmējam un AS "SEB banka").

Lūdzu, nosūtiet Pieteikumu KMA līguma izbeigšanai Apdrošinātājam:

Genworth Financial: a.k.3, Rīga, LV-1044, Latvija, fakss: +371 67676770

Ja vēlaties saņemt papildu informāciju par KMA, lūdzu, sazinieties ar Genworth Financial, tālr.: +371 67676799