

VISPĀRĒJĀ CIVILTIESISKĀ ATBILDĪBA

APDROŠINĀŠANAS PIETEIKUMS IZMITINĀŠANAS PAKALPOJUMU SNIEDZĒJIEM



Apdrošinātā nosaukums: Reģ. Nr.

Apdrošināšanas periods no: līdz:

Atbildības limits kopējais: vienam apdrošināšanas gadījumam:

Vēlamais pašrīks:

Apdrošinātās komercdarbības apgrozījums:

tekošā gadā: iepriekšējā gadā: plānotais:

Apdrošinātā komercdarbība:

viesu izmitināšana ar ēdināšanu viesu izmitināšana bez ēdināšanas

Cik % no sniegtajiem pakalpojumiem ir ārpus Rīgas: %

Vai tiek sniegti saunas, pirts, baseina vai SPA pakalpojumi? Jā Nē

Par papildus prēmiju apdrošināšanā var iekļaut šādus seguma paplašinājumus, lūdzam atzīmēt vēlamos:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> juvelierizstrādājumu un skaidras naudas zudums no seifiem | <input type="checkbox"/> pieņemto apģērbu bojājumi to gludināšanas vai tīrīšanas laikā |
| <input type="checkbox"/> klientu īpašuma zudums | <input type="checkbox"/> automašīnas novietošanas serviss |
| <input type="checkbox"/> klientu īpašuma bojājums, kas atstāts transportlīdzeklī | <input type="checkbox"/> uzticēto transportlīdzekļu, kas pieder klientiem, zudums |
| <input type="checkbox"/> apakšuzņēmēju atbildība bez regresa prasību tiesībām | <input type="checkbox"/> darba devēja atbildība |

Vai iepriekšējo 3 gadu laikā pret apdrošināto tika izvirzīta kāda prasība/pretenzija par zaudējumiem, kas saistīti ar apdrošināto komercdarbību? Jā Nē Ja jā, lūdzu, sniedziet informāciju par prasībām sadaļā „Papildus informācija un prasības”, norādot gadu, kad pieteikta prasība, pieteikto un izmaksāto summu, kā arī prasības iemeslu.

Papildus informācija un prasības:

Juridiskā/faktiskā adrese:

Kontaktinformācija:

Paziņoju, ka apdrošināšanas pieteikumā izteiktie apgalvojumi un sniegtā informācija ir patiesi. Būtiski fakti, kas nepieciešami apdrošinātā riska novērtēšanai, nav noklusēti vai sagrozīti. Ja, pamatojoties uz šajā apdrošināšanas pieteikumā norādīto informāciju, tiks noslēgts apdrošināšanas līgums, šis apdrošināšanas pieteikums automātiski kļūs par apdrošināšanas līguma neatņemamu sastāvdaļu.

Apdrošinājumaņēmējs: **Datums:**
(Vārds, uzvārds/nosaukums un paraksts)