

Apdrošinājumaņēmēja nosaukums/Vārds, uzvārds:  Reģ. Nr./P.k.

Apdrošināšanas periods no:  līdz:

Atbildības limits kopējais:  vienam apdrošināšanas gadījumam:

Vēlamais pašrisks:

Apdrošinātās personas (ja tiek apdrošinātās vairāk kā 7 personas, lūdzu, sniegt informāciju uz atsevišķas lapas):

Vārds, uzvārds	Personas kods	Izglītība	Specialitāte	Licences Nr.	Stāžs

Apdrošinātā profesionālā darbība:

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Finansiālie zaudējumi, kas izriet no trešās personas īpašuma bojājuma vai bojāejas, tajā skaitā atrautā peļņa | <input type="checkbox"/> Nekustamā īpašuma nomnieka/īpašnieka atbildība                    |
| <input type="checkbox"/> Apakšuzņēmēji bez regresa tiesībām no AAS BALTA puses   | <input type="checkbox"/> Atbildība par nomāto nekustamo īpašumu                            |
| <input type="checkbox"/> Apakšuzņēmēju atbildība ar regresa tiesībām no AAS BALTA puses  | <input type="checkbox"/> Atbildība par uzticēto kustamo īpašumu                            |
| <input type="checkbox"/> Atbildība par pēkšņu un neparedzētu vides piesārņojumu  | <input type="checkbox"/> Darba devēja atbildība  |
| <input type="checkbox"/> Atbildība par nodarīto morālo kaitējumu   | <input type="checkbox"/> Apdrošinātā darbinieka arodslimības                               |
| <input type="checkbox"/> Atbildība par uzticēto dokumentu bojājumu, bojāeju vai nozaudēšanu  | <input type="checkbox"/> Pagarinātais zaudējumu pieteikšanas periods 60 mēneši             |
| <input type="checkbox"/> Apdrošinātā izdevumi par reputācijas atjaunošanu  | <input type="checkbox"/> Atbildības limita automātiskā atjaunošana pēc atlīdzības izmaksas |
| <input type="checkbox"/> Atbildība par intelektuālā īpašuma tiesību pārkāpšanu   | <input type="checkbox"/> Atrautā peļņa   |

Jā\* Nē

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vai apdrošinātajam ir klienti, kuri reģistrēti vai veic darbību ārpus Latvijas   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vai apdrošinātajam ir klienti, kuri ienes vairāk par 50% no apdrošinātā gada ienākumiem  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vai apdrošinātā darba devējam ir saistīti uzņēmumi, pārstāvniecības ārpus Latvijas vai starptautiskā kompānija, kuru pārstāv apdrošinātā darba devējs                          |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vai apdrošinātais ir kādas ar pakalpojumu saistītas asociācijas biedrs   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vai apdrošinātais sniedz pakalpojumus ne tikai apdrošinājumaņēmēja vārdā   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vai apdrošinātais sniedz pakalpojumus finanšu institūcijām   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vai apdrošinātais sniedz pakalpojumus saistītām personām   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vai iepriekšējo 3 gadu laikā pret apdrošinājumaņēmēju/apdrošinātajiem tika izvirzīta kāda prasība/pretenzija par zaudējumiem, kas saistīti ar apdrošināto profesionālo darbību |

\*Ja atbilde ir "Jā", paskaidrojumu rakstīt laukā "Papildus informācija un apdrošināšanas prasības"

Papildus informācija un apdrošināšanas prasības:

Juridiskā/faktiskā adrese:

Kontaktinformācija:

Paziņojū, 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 un paraksts)