

## Iesniegums par veselības apdrošināšanas kartes dublikāta izgatavošanu

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Personas kods \_\_\_\_\_

Dzīves vietas adrese \_\_\_\_\_

LV-

Tālrunis \_\_\_\_\_

E-pasts \_\_\_\_\_

Darba vieta \_\_\_\_\_

### Lūdzu izgatavot veselības apdrošināšanas kartes dublikātu sakarā ar:

kartes nozaudēšanu vai zādzību

uzvārda maiņu

cits: \_\_\_\_\_

### Veselības apdrošināšanas karti vēlos saņemt:

Baltijas Apdrošināšanas Nams birojā (izvēlēties biroju):

Antonijas iela 23, Rīga

F. Brīvzemnieka iela 52, Liepāja

Raunas iela 9a, Cēsis

Mālkalnes prospekts 26, Ogre

Saules iela 23, Daugavpils

Rīgas iela 7, Valmiera

Atbrīvošanas aleja 88, Rēzekne

Rīgas iela 24, Valka

pa pastu ierakstītas vēstules veidā (veicot priekšapmaksu) uz adresi:  
\_\_\_\_\_

*Saskaņā ar apdrošināšanas līguma nosacījumiem par veselības kartes dublikāta izgatavošanu var būt noteikta maksa.*

Datums \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.202\_\_

Paraksts, paraksta atšifrējums \_\_\_\_\_