



T 215.635.4137  
F 215.635.1583  
info@LRFA.org

LRFA, Inc.  
PO Box 8857

This area for LRFA office use only

LRFA Member #

Effective Date

Waiting Period

## PERSONAS DATI

Pieteikums: <input type="checkbox"/> pieaugušajam <input type="checkbox"/> bērnam ( <i>jaunāks par 18 gadiem</i> )		
		<input type="checkbox"/> vīrietis <input type="checkbox"/> sieviete
Uzvārds	#	Vārds - Dzimums
Dzimšanas datums	ALPF Dalībnieka Nr.	"Social Security" numurs
Adrese		
Adrese		
Telefons		E-pasts

## PLĀNU IZVĒLE

<input type="checkbox"/> Lūdzu uzņemt sekojošos plānos ( <i>plānu skaits nav ierobežots</i> )	<input type="checkbox"/> Lūdzu papildināt esošo apdrošinājumu ar sekojošiem plāniem	
<input type="checkbox"/> E plāns	<input type="checkbox"/> F plāns	<input type="checkbox"/> F plāns bezmaksas ( <i>Bērniem jaunākiem par 10 gadiem</i> )
<input type="checkbox"/> G plāns	<input type="checkbox"/> H plāns bezmaksas	<input type="checkbox"/> I plāns <input type="checkbox"/> J plāns
Vēlos lai apdrošinājums stājas spēkā ar _____ mēneša pirmo datumu.		

## BENEFICIANTS

Uzvārds	Vārds	Radniecība
Adrese		Dzimšanas datums
Adrese		Telefons
Vēlos ziedot apdrošinājuma izmaksas "Latvian Relief Fund of America, Inc.", ja mans pieteiktais beneficiants ir miris vai nav sasniedzams. Apliecinu savu piekrišanu ar iniciāļiem: _____		

## BERNA VECAKS / AIZBILDNIS

Uzvārds	Vārds	# ALPF Dalībnieka Nr.
Adrese		"Social Security" Numurs
Adrese		
Telefons		E-pasts

## PARAKSTS

Ar savu parakstu apliecinu, ka esmu iepazinies ar ALP Fonda Dzīvības apdrošinājuma noteikumiem un manis sniegtā informācija ir pilnīga un patiesa.

Paraksts	Datums
----------	--------

AMERIKAS LATVIEŠU PALĪDZĪBAS FONDS

Dzīvības Apdrošinājuma Pieteikums



T 215.635.4137  
F 215.635.1583  
info@LRFA.org

LRFA, Inc.  
PO Box 8857

This area for LRFA office use only	
LRFA Member #	
Effective Date	
Waiting Period	

# LATVIAN RELIEF FUND OF AMERICA, INC. Mortuary Benefit Plan Application

PERSONAL INFORMATION			
Application for: <input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Child ( <i>under age of 18</i> )			
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Last Name	#	First Name	Gender
Date of Birth	LRFA Member Nr.	Social Security Number	
Address			
Address			
Telephone		E-mail	

COVERAGE			
<input type="checkbox"/> Please enroll me in the following plans ( <i>number of plans is unrestricted</i> )	<input type="checkbox"/> Please supplement my existing coverage to include the following plans:		
<input type="checkbox"/> Plan E	<input type="checkbox"/> Plan F	<input type="checkbox"/> Plan F Free <i>(Children under 10)</i>	<input type="checkbox"/> Plan G
<input type="checkbox"/> Plan H	<input type="checkbox"/> Plan I	<input type="checkbox"/> Plan J	
Coverage to begin on the 1st of _____.			
Month			

BENEFICIARY		
Last Name	First Name	Relationship
Address		Date of Birth
Address		Telephone
In the event my beneficiary is deceased or cannot be located with reasonable efforts, I wish to donate my mortuary benefits to the LRFA, Inc. Please initial: _____		

CHILD'S PARENT / GUARDIAN		
Last Name	First Name	# LRFA Member Nr.
Address		Social Security Number
Address		
Telephone		E-mail

SIGNATURE	
I am fully aware of the regulations for the LRFA Mortuary Benefit Plan and information I have provided is accurate and complete.	
Signature	Date