

## Atlīdzības pieteikums ceļojumu apdrošināšanai

Polises numurs \_\_\_\_\_

Vieta: \_\_\_\_\_

Pieteikuma numurs \_\_\_\_\_

Aizpilda apdrošinātājs

Datums \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārs, uzvārds / Uzņēmuma nosaukums \_\_\_\_\_ PK/ Reģ.nr. \_\_\_\_\_

Adrese \_\_\_\_\_ LV \_\_\_\_\_

E-pasts \_\_\_\_\_ Telefona numurs \_\_\_\_\_ Mob.telefona numurs \_\_\_\_\_

### CIETUSĪ PERSONA

Vārs, uzvārds / Uzņēmuma nosaukums \_\_\_\_\_ PK/ Reģ.nr. \_\_\_\_\_

Adrese \_\_\_\_\_ LV \_\_\_\_\_

E-pasts \_\_\_\_\_ Telefona numurs \_\_\_\_\_ Mob.telefona numurs \_\_\_\_\_

### ZAUDĒJUMA RAŠANĀS DATUMS, VIETA, LAIKS

### NODARĪTO ZAUDĒJUMU VEIDS

- Medicīniskie izdevumi/repatriācija  Izmaiņas ceļojumā  Palīdzība  
 Nāve nelaimes gadījumu rezultātā  Bagāžas apdrošināšana  Cits \_\_\_\_\_  
 Invalitāte nelaimes gadījumu rezultātā  Civiltiesiskās atbildības apdrošināšana

### NEGADĪJUMA APRAKSTS (hronoloģiskā secībā)

### NEGADĪJUMS PIETEIKTS (datums, laiks)

- Palīdzības dienestam \_\_\_\_\_  
 Ceļojuma organizētājam \_\_\_\_\_  
 Apdrošinātājam \_\_\_\_\_  
 Aviokompānijai \_\_\_\_\_  
 Policijā \_\_\_\_\_

### LĒMUMA SAŅEMŠANAS VEIDS

- izziņa uz tālruni \_\_\_\_\_  
 paziņojums uz epastu \_\_\_\_\_  
 paziņojums pa pastu \_\_\_\_\_

---

**ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT**

---

Ar pārskaitījumu Cietušai personai

Banka \_\_\_\_\_

Kods \_\_\_\_\_

Konts \_\_\_\_\_

Ar pārskaitījumu Pilnvarotajai personai

Vārds, Uzvārds, pk \_\_\_\_\_

Banka \_\_\_\_\_

Kods \_\_\_\_\_

Konts \_\_\_\_\_

Pakalpojuma sniedzējam

Vārds, uzvārds / Nosaukums \_\_\_\_\_

---

**ZAUDĒJUMU APLIECINOŠI DOKUMENTI**

---

Izraksts no medicīniskās dokumentācijas \_\_\_\_\_ gb.

Rēķini \_\_\_\_\_ gb.

Čeki \_\_\_\_\_ gb.

Ceļojuma dokumenti: biļetes utml. \_\_\_\_\_ gb.

Citi \_\_\_\_\_

Ar savu parakstu apliecinu, ka visa manis sniegtā informācija ir patiesa. Ja manis sniegtā informācija par gadījuma apstākļiem ir maldinoša vai nepatiesa, vai arī netiks ievēroti apdrošinātāja rīkojumi, apdrošināšanas atlīdzības izmaksa var tikt samazināta vai atteikta.

Apliecinu, ka atļauju Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiālei, reģ.nr. 40103942087, Vienības gatve 87h, Rīgā, kā personas datu pārzinim un/vai apstrādātājam, apstrādāt manus personas datus, tajā skaitā īpašas kategorijas personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likumu, Fizisko personu datu apstrādes likumu un citiem personas datu apstrādes un apdrošināšanas tiesību regulējošiem normatīvajiem aktiem. Ārsti un medicīnas iestādes, pie kurām vēršas Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiāle, tiek pilnvaroti sniegt tai nepieciešamo informāciju attiecībā uz manu veselības stāvokli un medicīnisko aprūpi.

Datums \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vārds, Uzvārds, paraksts