

Atlīdzības pieteikums par īpašumam nodarītajiem bojājumiem

Polises numurs _____

Pieteikuma numurs _____

Pieteikuma iesniedzējs (vārds, uzvārds, personas kods) _____

Kontaktinformācija (tel., adrese) _____

E-pasts _____

APDROŠINĀTĀ OBJEKTA ĪPAŠNIEKS

Vārds, uzvārds / Uzņēmuma nosaukums _____ PK / Reģ.nr. _____

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____

APDROŠINĀTAIS OBJEKTS

Adrese _____ LV _____

ATGADIJUMA APRAKSTS

Zaudējuma rašanās datums, vieta _____

Iestāde, kur zaudējums pieteikts (piem.policija, namu pārvalde) – adrese _____

Zaudējuma veids un cēlonis _____

Negadījuma apraksts (detalizēti, hronoloģiskā secībā) _____

Negadījumā bojātās objekta daļas un / vai mantas _____

Aptuvenais zaudējuma apmērs _____

Vainojamā persona Jā, (vārds, uzvārds / nosaukums) _____

Nē

Citi spēkā esoši apdrošināšanas līgumi par apdrošināto objektu (norādīt Apdrošināšanas sabiedrību) _____

Atlīdzību lūdzu izmaksāt

Ar pārskaitījumu īpašniekam

Banka: _____ Kods: _____ Konts: _____

Ar Apdrošinātāju saskaņotam remontuzņēmumam vai pakalpojuma sniedzējam

Iespējamais remontdarbu veicējs: _____

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 pārzini 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 _____

Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiāle

Vienības gatve 87h
Rīga, LV-1004

Reģ. Nr. 40103942087
info@compensa.lv

Tālrunis: +371 67559999
www.compensa.lv