

## Atlīdzības pieteikums par MANTAI nodarītajiem bojājumiem

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

Saņemšanas datums \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Aizpilda apdrošinātājs

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

Apdrošināšanas veids  OCTA

Pieteikuma iesniedzējs (vārds, uzvārds, personas kods) \_\_\_\_\_

Kontaktinformācija Telefona numurs \_\_\_\_\_ E-pasts \_\_\_\_\_

### BOJĀTĀS MANTAS ĪPAŠNIEKS/ TURĒTĀJS

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

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

E-pasts \_\_\_\_\_ Telefona numurs \_\_\_\_\_

### NEGADĪJUMU IZRAISĪJUŠĀ TRANSPORTLĪDZEKĻA DATI

Transportlīdzekļa vadītāja vārds, uzvārds un vadītāja apliecības Nr. \_\_\_\_\_

Marka, modelis \_\_\_\_\_ Valsts reģ.nr. \_\_\_\_\_

OCTA polises Nr. \_\_\_\_\_ Apdrošināšanas sabiedrība \_\_\_\_\_

### ATGADĪJUMA APRAKSTS

Zaudējuma rašanās datums, vieta, precīzs laiks \_\_\_\_\_

Negadījums noformēts:  Piesakot policijā

Negadījuma apraksts \_\_\_\_\_

Bojātā manta ( mantu uzskaitījums, iegādes datums un aptuvenā zaudējuma summa) \_\_\_\_\_

### Atlīdzību lūdzu izmaksāt:

Ar pārskaitījumu īpašniekam Saņēmējs: \_\_\_\_\_ Konts: \_\_\_\_\_

Iespējamais remontdarbu veicējs: \_\_\_\_\_

Lēmuma paziņošanas veids  SMS  E-pasts  Vēstule

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 \_\_\_\_\_

### Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiāle

Vienības gatve 87h  
Rīga, LV-1004

Reģ. Nr. 40103942087  
info@compensa.lv

Tālr. +371 67559999  
www.compensa.lv