

Atlīdzības pieteikums par personai nodarītajiem nemateriālajiem zaudējumiem

Polises numurs _____

Pieteikuma numurs _____

Saņemšanas datums _____

Aizpilda apdrošinātājs

Pieteikuma iesniedzējs (vārds, uzvārds, personas kods) _____

Kontaktinformācija Telefona numurs _____ E-pasts _____

CIETUSĪ PERSONA

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

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____

ATLĪDZĪBAS SAŅĒMĒJS (LABUMA GUVĒJS)

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

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____

NEGADĪJUMU IZRAISĪJUŠĀ TRANSPORTLĪDZEKĻA DATI

Transportlīdzekļa vadītāja vārds, uzvārds un vadītāja apliecība Nr. _____

Marka, modelis _____ Valsts reģ. Nr. _____

Polises numurs _____

ATGADĪJUMA APRAKSTS

Zaudējuma rašanās datums, vieta, precīzs laiks

Negadījums noformēts: Piesakot policijā

Negadījuma apraksts

Nodarīto zaudējumu veids: Laulātā nāve Cietušās personas fiziska trauma Laulātā I. grupas invaliditāte
 Apgādnieka nāve Cietušās personas sakropļojums Apgādnieka I. grupas invaliditāte
 Apgādājamā nāve Cietušās personas invaliditāte Apgādājamā I. grupas invaliditāte

Ārstniecības iestāde (-es), kurā (-ās) saņemta medicīniskā palīdzība sakarā ar negadījumu

Vai cietusī persona turpina ārstēties Jā Nē

Atlīdzību lūdzu izmaksāt:

Ar pārskaitījumu Saņēmējs: _____ Konts: _____

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 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.

Pieteikumam pievienotie dokumenti:

1. Fiziskas traumas / sakropļojuma gadījumā

Tiesu medicīnas eksperta atzinuma kopija

Izraksti no ārstniecības iestādēm _____

2. Invalitāte

Tiesu medicīnas eksperta atzinuma kopija

Izraksti no ārstniecības iestādēm _____

3. Apgādnieka / Apgādājamā nāve

Apgādājamā dzimšanas apliecības kopija (uzrādot oriģinālu)

Izziņa par mirušā apgādībā bijušajām personām

4. Laulātā nāve

Laulības apliecības kopija (uzrādot oriģinālu)

5. Laulātā / Apgādnieka / Apgādājamā I. grupas invalitāte

VDEĀK invalitātes izziņas kopija (uzrādot oriģinālu)

VDEĀK lēmuma par invalitātes noteikšanu apstiprināta kopija

Laulības apliecības kopija (uzrādot oriģinālu)

VDEĀK izziņa par apgādnieka apgādībā esošajām personām

Apgādājamo personu dzimšanas apliecības kopija (uzrādot oriģinālu)

Pieteikumam pievienotie dokumenti:

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 _____