COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

Atlīdzības pieteikums par transportlīdzeklim nodarītajiem bojājumiem

Pieteikuma numurs _____

Saņemšanas datums __.__.__ __.__.__ __.__.__.__
Aizpilda apdrošinātājs

Polises numurs _____

Apdrošināšanas veids: ☐ KASKO ☐ OCTA

Pieteikuma iesniedzējs (vārds, uzvārds, personas kods) _____

Kontaktinformācija Telefona numurs _____ E-pasts _____

TRANSPORTLĪDZEKĻA ĪPAŠNIEKS

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

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____

TRANSPORTLĪDZEKĻA TURĒTĀJS

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

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____

TRANSPORTLĪDZEKĻA VADĪTĀJS

Vārds, uzvārds _____ PK _____

E-pasts _____ Telefona numurs __.__.__.__.__.__.__.__.__.__

Vadītāja apliecības Nr.: _____

JŪSU TRANSPORTLĪDZEKĻA DATI

Marka, modelis _____ Valsts reģ. nr. _____

OTRAS IESAISTĪTĀS PUSES DATI

Transportlīdzekļa vadītāja vārds, uzvārds un vadītāja apliecības Nr. _____

Marka, modelis _____ Valsts reģ. nr. _____

OCTA polises Nr. _____ Apdrošināšanas sabiedrība _____

ATGADĪJUMA APRAKSTS

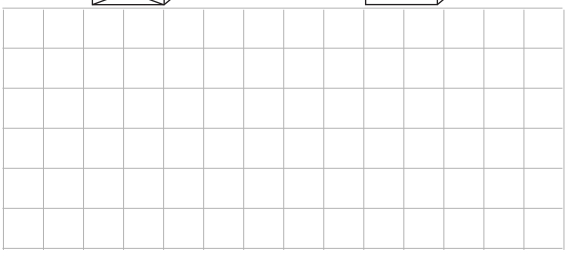
Zaudējuma rašanās datums, vieta, precīzs laiks

Negadījums noformēts: ☐ Aizpildot saskaņoto paziņojumu ☐ Piesakot policijā ☐ Nav noformēts

Negadījuma apraksts (hronoloģiski): _____

Negadījuma shēma, ar „X" norādiet bojāto vietu

Jūsu a/m ☒ Otra a/m ☐



Radušies bojājumi: _____

Transportlīdzekļa apskates vieta, tālrunis _____

Atlīdzību lūdzu izmaksāt:

☐ Ar pārskaitījumu īpašniekam Saņēmējs: _____ Konts: _____

☐ Ar Apdrošinātāju saskaņotam remontuzņēmumam vai pakalpojuma apmaksai

Iespējamais remontdarbu veicējs: _____

Lēmuma paziņošanas veids ☐ SMS ☐ E-pasts ☐ Vēstule

Pieteikumam pievienotie dokumenti:

☐ Vadītāja apliecības kopija ☐ Transportlīdzekļa reģistrācijas apliecības kopija ☐ Saskaņotais paziņojums ☐ citi 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 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
atlidzibas@compensa.lv

Tālr. +371 67559999
www.compensa.lv

14.06.2019.