

Atlīdzības pieteikums par personai nodarītajiem zaudējumiem

Pieteikuma numurs _____

Aizpilda apdrošinātājs Saņemšanas datums ____/____/____

Polises numurs _____

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 apliecības 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: Cietušās personas ārstēšana Apbedīšanas izdevumi Cietušās personas pārejoša darba nespēja
 Cietušās personas darbspēju zudums (invaliditāte) Apgādnieka zaudējums Cits _____

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 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.

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

1. Cietušā ārstēšana:

- Izraksts no stacionāra un/ vai ambulatorās slimnieku medicīniskās kartes _____ gb.
- Ārstējošā ārsta izrakstīto medikamentu receptšu kopijas _____ gb.
- EKA čeki _____ gb.
- Stingrās uzskaites kvītis _____ gb.
- Ārstniecības iestādes rēķini _____ gb.

2. Cietušā pārejoša darba nespēja:

- Darba nespējas lapas A kopija
- Darba nespējas lapas B kopija
- Izziņa no darba devēja kādā apmērā apmaksāta darba nespējas lapa A
- Izziņa no darba devēja par vidējo darba algu (bruto, neto) 6 mēnešus pirms negadījuma
- Izziņa no VSAA par apdrošināšanas iemaksu apmēru 6 mēneši pirms negadījuma
- Izziņa no VSAA par piešķirto slimības pabalstu
- Cits _____

3. Apbedīšanas izdevumi

- Bojā gājušās personas miršanas apliecības kopija
- Dokuments, kas pamato faktiski iztērētos saprātīgos izdevumus par apbedīšanu _____ gb.
- Cits _____

4. Apgādnieka zaudējums

- Radniecību apliecināšana dokumentu kopija vai notariāli apliecināta kopija
- Bojā gājušās personas (apgādnieka) miršanas apliecības kopija
- Laulības apliecības kopija (ja atbildību pieprasa atraitne/ -is)
- Izziņa no mācību iestādes, ja apgādājama ir bērns
- Invaliditātes izziņas kopija, ja apgādājama ir darbspējīga (invalids)
- Izziņa par saņemtajiem pabalstiem no valsts un pašvaldību budžeta
- Izziņa no VSAA par apgādnieka apdrošināšanas iemaksu apmēru 6 mēneši pirms negadījuma
- Izziņa vai lēmums no VSAA kopija par apgādājamiem piešķirtās apgādnieka zaudējuma pensijas, valsts sociālā nodrošinājuma pabalsta vai atbildības par apgādnieka zaudējumu sakarā ar nelaimes gadījumu darbā apmēru (ja tāda ir)
- Bērna dzimšanas apliecības kopija, ja apgādājama ir bērns vecumā līdz 8 gadiem un maksājumi piešķirami darbspējīgai atraitnei/-im
- Cits _____

5. Cietušā darbaspēju zudums

- Invaliditātes izziņas kopija
- Izziņa no VSAA par apdrošināšanas iemaksu apmēru (ja turpina strādāt)
- Darba devēja izziņa par darba samaksu (ja turpina strādāt)
- Izziņa par saņemtajiem pabalstiem no valsts un pašvaldības budžeta
- Izziņa vai lēmuma kopija no VSAA par piešķirtās/ izmaksātās invaliditātes pensijas apmēru vai atbildības apmēru par darbaspēju zaudējumu sakarā ar nelaimes gadījumu darbā (ja tāda ir)
- Izmeklēšanas vai tiesu iestāžu dokumenti _____ gb.
- Cits _____

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