

Atlīdzības pieteikums par VIDEI nodarīto zaudējumu

Pieteikuma numurs _____

Aizpilda apdrošinātājs Saņemšanas datums ____/____/____

Polises numurs _____

Apdrošināšanas veids OCTA

Pieteikuma iesniedzējs (vārds, uzvārds, personas kods) _____

Kontaktinformācija Telefona numurs _____ E-pasts _____

BOJĀTĀS VIDES 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 vide (vides objektu uzskaitījums, iegādes datums un aptuvenā zaudējumu summa)

Atlīdzību lūdzu izmaksāt:

Ar pārskaitījumu īpašniekam Saņēmējs: _____ Konts: _____

Iespējamais remontdarbu veicējs: _____

Lēmuma paziņošanas veids SMS E-pasts Vēstule

Apliecinu, ka manis sniegtā informācija Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumā ir patiesa un pareiza, un saprotu, ka jebkādas nepatiesas, neprecīzas informācijas sniegšana manā vai citu vārdā ietekmē manas tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību.

Pilnvaroju Apdrošinātāju pieprasīt un izmantot jebkura veida informāciju un dokumentus, kas nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai.

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 vai apdrošinātā objekta īpašnieka, apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja 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.

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