

Civiltiesiskās atbildības atlīdzības pieteikums

Pieteikuma numurs _____

Polises numurs _____

Aizpilda apdrošinātājs

Datums ____/____/____

Pieteikuma iesniedzējs (vārds, uzvārds, personas kods) _____

Kontaktinformācija (tel., adrese) _____

E-pasts _____

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

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

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____

APDROŠINĀTAIS

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

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____

CIETUŠAIS

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

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____

ATGADĪJUMA APRAKSTS

Zaudējuma rašanās datums, vieta _____
Iestāde, kur zaudējums pieteikts
(piem.policija, namu pārvalde) – adrese _____

Zaudējuma veids un cēlonis _____

Negadījuma apraksts (detalizēti, hronoloģiskā secībā) _____

Negadījumā bojātās objekta daļas un / vai mantas _____

Aptuvenais zaudējuma apmērs _____

Vienošanās ar cietušo personu Jā, (vārds, uzvārds / nosaukums), _____ summa _____

Nē

Citi spēkā esoši apdrošināšanas līgumi par apdrošināto objektu (norādīt Apdrošināšanas sabiedrību) _____

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 pārziniņim 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