

Mājdzīvnieku apdrošināšanas atlīdzības pieteikums

Polises numurs _____

Pieteikuma numurs _____

Aizpilda apdrošinātājs

Datums ____-____-____

Pieteikuma iesniedzējs (vārds, uzvārds, personas kods) _____

Kontaktinformācija (tel., adrese) _____

E-pasts _____

APDROŠINĀTĀ MĀJDZĪVNIEKA ĪPAŠNIEKS

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

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____

APDROŠINĀTĀ MĀJDZĪVNIEKA IDENTIFIKĀCIJAS NUMURS, DZIMŠANAS GADS UN DATUMS

ATGADĪJUMA APRAKSTS

Negadījuma rašanās datums, vieta un adrese _____

Iestāde, kur zaudējums pieteikts
(piemēram, veterinārsts, veterinārā klinika) _____

Vetārsta uzstādītā diagnoze _____

Negadījuma apraksts (detalizēti, hronoloģiskā secībā)

Aptuvenais zaudējuma apmērs _____

Vai ir derīgās atliekas (realizējama gaļa)?

Jā. (Gaļas pārstrādes uzņēmuma nosaukums un saņemtā naudas summa.) _____

Nē

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

Atlīdzību lūdzu izmaksāt

Ar pārskaitījumu īpašniekam

Banka: _____ Kods: _____ Konts: _____

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 UADB Latvijas filiālei, Reģ. Nr. 40103942087, Vienības gatve 87h, Rīgā, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram, apstrādāt manus personas datus vai apdrošinātā objekta īpašnieka, apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Personu datu aizsardzības likumu un citiem LR 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