

Atlīdzības pieteikums par ĒKU, CEĻA vai CEĻA BŪVJU bojājumiem vai bojāeju

Pieteikuma numurs _____

Saņemšanas datums ____-____-____
Aizpilda apdrošinātājs

Polises numurs _____

Apdrošināšanas veids OCTA

Pieteikuma iesniedzējs (vārds, uzvārds, personas kods) _____

Kontaktinformācija Telefona numurs ____-____-____ E-pasts _____

BOJĀTĀS MANTAS 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 _____

Bojātā objekta apskates vieta (adrese, tālrunis, kontaktpersona) _____

Negadījums noformēts: Piesakot policijā

Negadījuma apraksts _____

Bojātā manta (mantu uzskaitījums, iegādes datums un aptuvenā zaudējuma summa) _____

Atlīdzību lūdzu izmaksāt:

Ar pārskaitījumu Saņēmējs: _____ Konts: _____

Iespējamais remontdarbu veicējs: _____

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.

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