

## 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  
atlidzibas@compensa.lv

Tālr. +371 67559999  
www.compensa.lv

1. Cietušā ārstēšana:

- Izraksts no stacionāra un/ vai ambulatorās slimnieku medicīniskās kartes \_\_\_\_\_ gb.
- Ārstējošā ārsta izrakstīto medikamentu receptu 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 atbildzību 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 atbildzības 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 atbildzības 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 atbildzības 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