

Pieteikuma Nr. _____

Lietas Nr. _____

OCTA atlīdzības pieteikums par mantai nodarītajiem zaudējumiem

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods _____ - _____

Adrese _____ LV- _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

BOJĀTĀS MANTAS ĪPAŠNIEKS/TURĒTĀJS

Vārds, Uzvārds / Uzņēmuma nosaukums _____ Personas kods / Reģ. Nr. _____

Adrese _____ LV- _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU

Negadījuma datums: 20 ____ . gada ____ . _____, precīzs laiks, plkst. ____ : ____ negadījuma vieta, valsts _____

Negadījuma vieta: pilsēta / pagasts _____, ceļš, iela, mājas Nr. _____

Par negadījumu paziņots:

Policijai (kādai) _____ 20 ____ . gada ____ . _____ plkst. ____ : ____ , Protokola Nr.: _____

Citam _____ 20 ____ . gada ____ . _____ plkst. ____ : ____

Nav ziņots

ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU IZRAISĪJUŠO TRANSPORTLĪDZEKLI

Marka, modelis _____ Valsts reģ. Nr.: _____

Apdrošināšanas sabiedrība _____ OCTA polises Nr.: _____

Vai transportlīdzekļa vadītājs bija alkohola reibumā? Jā Nē Vai transportlīdzekļa vadītājs atstāja (pameta) negadījuma vietu? Jā Nē

Vai esiet saņēmis atlīdzību par nodarītajiem zaudējumiem? Jā Nē Norādiet kādā apmērā _____

NEGADĪJUMA APRAKSTS

ZAUDĒJUMA ATLĪDZĪBA (ar "X" atzīmējiet izvēlēto apdrošināšanas atlīdzības veidu)

Apdrošināšanas atlīdzības veidu ir tiesīgs noteikt tikai īpašnieks.

* Ja negadījuma pieteicējs ir pilnvarota persona, tad iesniegumam ir jāpievieno pilnvara.

* Ja negadījuma pieteicējs nav bojātā objekta īpašnieks, tad iesniegumam ir jāpievieno tā īpašnieka iesniegums, kurā ir norādīts apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas veids.

Ar apdrošinātāju saskaņota pakalpojuma apmaksas veidā

Ar pārskaitījumu* / Saņēmējs _____

Saņēmēja personas kods / Reģ. Nr.: _____ Bankas nosaukums _____

Konta Nr.: _____

LĒMUMU PAR APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU PAZIŅOT:

Rakstiski pa pastu uz sekojošu adresi: _____

Rakstiski uz sekojošu e-pasta adresi: _____

Mutiski zvanot uz sekojošu telefona numuru: _____

Īsziņas veidā uz sekojošu telefona numuru: _____

PARAKSTOT ŠO PIETEIKUMU APLIECINU, KA:

Augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai.

Esmu informēts (-a), ka sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS ir tiesības neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, un es varu tikt saukts (-a) pie atbildības Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Atļauju "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, kā sistēmas pārzinim, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, apdrošināšanas līguma izpildei, saņemt un apstrādāt manus personas datus, un gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs, apdrošinātais un persona, kas paraksta pieteikumu nav viena un tā pati persona, tad es kā persona, kas paraksta negadījuma pieteikumu esmu saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu apdrošinātā objekta īpašnieka un/vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja rakstisku atļauju apstrādāt personas datus, tai skaitā, sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus.

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS

Paraksts _____ Datums: 20____. gada ____.

AIZPILDA APDROŠINĀTĀJA PĀRSTĀVIS

Pieteikumu pieņēma _____ 20____. gada ____.

Paraksts _____