



OCTA atlīdzības pieteikums par nemateriālajiem zaudējumiem

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods: _____

Adrese _____ LV - _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU

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

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

Par negadījumu paziņots:

☐ Policijai (kādai) _____ (datums) _____ plkst. ____ : ____ , Protokola Nr.: _____

ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU IZRASĪJUŠO TRANSPORTLĪDZEKLI

Marka, modelis _____ Valsts reģ. nr. _____

Apdrošināšanas sabiedrība _____ OCTA polises nr. _____

Vai transportlīdzekļa vadītājs bija alkohola reibumā? Nē ☐ Jā ☐

Vai kāds no dalībniekiem atstāja (pameta) negadījuma vietu? Nē ☐ Jā ☐

Vai esiet saņēmis atlīdzību par nodarītajiem zaudējumiem? Nē ☐ Jā ☐ Norādīt kādā apmērā: _____

NEGADĪJUMA APRAKSTS (t.sk. personai nodarīto zaudējumu apraksts)

**INFORMĀCIJA PAR NEGADĪJUMĀ CIETUŠO PERSONU**

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods: _____

Adrese _____ LV - _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

Cietušās personas loma negadījuma brīdī:

☐ Vadītājs ☐ Pasažieris ☐ Riteņbraucējs ☐ Gājējs ☐ Cits _____

Cietušās personas atrašanās vieta negadījuma brīdī:

☐ Cietušajā transportlīdzeklī ☐ zraisītāja transportlīdzeklī ☐ Uz ielas ☐ Uz ietves ☐ Citur _____**CIETUŠAI PERSONAI NODARĪTO ZAUDĒJUMU VEIDS**

☐ Laulātā nāve	☐ Cietušās personas fiziska trauma	☐ Laulātā 1. grupas invaliditāte
☐ Apgādnieka nāve	☐ Cietušās personas sakropļojums	☐ Apgādnieka 1. grupas invaliditāte
☐ Apgādājamā nāve	☐ Cietušās personas invaliditāte	☐ Apgādājamā 1. grupas invaliditāte

ĀRSTNICĪBAS IESTĀDE (-ES), KURĀ (-ĀS) SAŅEMTA MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA SAKARĀ AR NEGADĪJUMU**VAI CIETUSĪ PERSONA TURPINA ĀRSTĒTIES**☐ Nē ☐ Jā Norādīt ārstniecības iestādi: _____**APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT AR PĀRSKAITĪJUMU**

Saņēmējs _____

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

Konta nr.: _____

PIETEIKUMAM PIEVIENOTIE DOKUMENTI

☐ Tiesu, prokuratūras vai izmeklēšanas iestāžu dokumenti _____ gab.	☐ Izraksti no ārstniecības iestādēm _____gab.
☐ Tiesu medicīnas eksperta atzinuma kopija	☐ Izziņa par apgādībā esošajām personām
☐ VDEĀK invaliditātes izziņas kopija (uzrādot oriģinālu)	☐ VDEĀK lēmuma par invaliditātes noteikšanu apstiprināta kopija
☐ Dzimšanas apliecības kopija	☐ Miršanas apliecības kopija
☐ Laulības apliecības kopija	☐ Cits _____



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.

"Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS, saskaņā ar Eiropas Savienības un Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām attiecībā uz personas datu aizsardzību, apstrādā personas datus, lai izvērtētu negadījumu, novērtētu un aprēķinātu zaudējumus, pieņemtu un izpildītu lēmumu, nepieciešamības gadījumā sazinātos ar negadījuma izraisītāju, cietušo un citiem, apmainītos ar informāciju ar valsts reģistriem normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos, tostarp nodotu informāciju LTAB uzturētajam reģistram. Papildu informācija par personas datu apstrādi: www.ban.lv/privatuma-politika/.

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS

Paraksts _____ Datums: _____