



Pieteikuma Nr. _____

Lietas Nr. _____

KASKO atlīdzības pieteikums par transportlīdzekļa bojājumiem vai bojāeju

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods: _____

Adrese _____ LV - _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

TRANSPORTLĪDZEKĻA ĪPAŠNIEKS (ja transportlīdzekļa īpašnieks ir Līzings, tad tiek norādīta informācija par transportlīdzekļa Turētāju)

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

Adrese _____ LV - _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

TRANSPORTLĪDZEKĻA VADĪTĀJS

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods: _____

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. _____

Negadījuma reģistrēšana:

☐ Par negadījumu nav paziņots

☐ Ir sastādīts saskaņotais paziņojums

☐ Negadījums pieteikts policijā (kādā) _____ 20 ____ . gada ____ . _____ plkst. ____ : ____

☐ Policija atbrauca uz negadījuma vietu

☐ Policija neatbrauca uz negadījuma vietu, tika reģistrēts zvans ar numuru _____

Zvans tika veikts no tālruņa nr.: _____

Zvana datums: 20 ____ . gada ____ . _____ plkst. ____ : ____ .

PAPILDUS INFORMĀCIJA

Vai ir cietusī (-šās) personas, kurām nodarīti miesas bojājumi? Nē ☐ Jā ☐ Norādīt kurš(-i) _____

Vai kāds no transportlīdzekļa vadītājiem, bija alkohola reibumā? Nē ☐ Jā ☐ Norādīt kurš _____

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

Vai esiet saņēmis atlīdzību par nodarītajiem zaudējumiem? Nē ☐ Jā ☐ Norādīt no kā un kādā apmērā: _____

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS

Paraksts _____ Datums: 20 ____ . gada ____ . _____

ZINAS PAR TRANSPORTLĪDZEKLIEM

Jūsu transportlīdzeklis:

Marka, modelis _____

Valsts reģistrācijas numurs _____

OCTA Nav ☐ Ir ☐ Apdrošinātāis _____

OCTA polises Nr.: _____

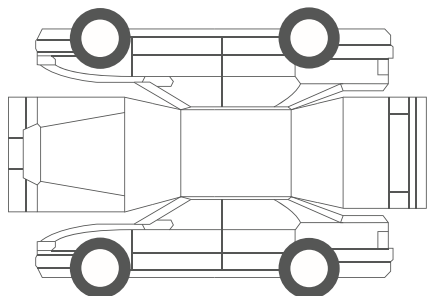
KASKO Nav ☐ Ir ☐ Apdrošinātājs _____

KASKO polises Nr.: _____

Transportlīdzekļa bojājumi pirms negadījuma: _____

Ar X norādiet bojāto vietu

Ar $\rightarrow$ norādiet trieciena virzienu



Otrs (cits) transportlīdzeklis, ja ir:

Marka, modelis _____

Valsts reģistrācijas numurs _____

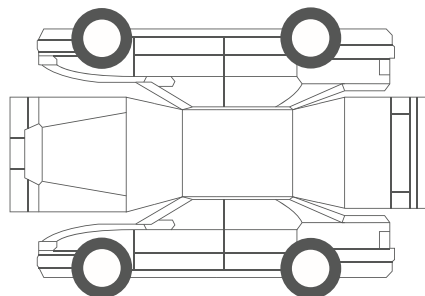
OCTA Nav ☐ Ir ☐ Apdrošinātājs _____

OCTA polises Nr.: _____

Papildus informācija: _____

Ar X norādiet bojāto vietu

Ar $\rightarrow$ norādiet trieciena virzienu



Jūsu transportlīdzeklim redzami bojājumi pēc negadījuma: _____

NEGADĪJUMA APRAKSTS (Detalizēti, hronoloģiskā secībā. Ja nepieciešams, pievienojiet uz atsevišķas lapas)

[illegible]

Jūsu
transportlīdzeklis



Otrs
transportlīdzeklis

Shēmā norādīt: ielu nosaukumus; kustības joslas un virzienus; transportlīdzekļa kustības virzienu; transportlīdzekļu stāvokli sadursmes brīdī, cēla zīmes.

A 10x10 grid of small black dots on a white background. The dots are arranged in a regular pattern, with 10 dots per row and 10 dots per column, totaling 100 dots.



BOJĀTO TRANSPORTLĪDZEKLI „BALTIJAS APDROŠINĀŠANAS NAMS” AAS NORĪKOTS EKSPERTS VAR APSKATĪT:

- ☐ „Baltijas Apdrošināšanas Nams” AAS teritorijā, datums: 20 ____ . gada ____ . _____ .
- ☐ Citur: pilsēta / pagasts _____ , iela, mājas nr. _____ . Tālrunis: _____
- ☐ Autosalonā _____ , 20 ____ . gada ____ . _____

PIETEIKUMAM PIEVIENOTIE DOKUMENTI

- ☐ Saskaņotais paziņojums ☐ Policijas materiāli ☐ Cits: _____

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

☐ **Autoservisa pakalpojuma apmaksas veidā**

Vēlamā servisa atrašanās vieta, pilsēta: _____

Vēlamā servisa nosaukums: _____

☐ **Ar pārskaitījumu* / Saņēmējs** _____

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

Konta nr.: _____

* Ja negadījuma pieteicējs nav transportlīdzekļa īpašnieks, tad pieteikumam jāpievieno transportlīdzekļa īpašnieka iesniegums.

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.

Tikai vienojoties ar "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS var tikt mainīts iepriekš norādītais apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas veids.

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, apstrādās personas datus apdrošināšanas līguma izpildes mērķim, t.sk., lai izvērtētu atlīdzības pieteikumu, pārbaudītu apdrošinātā riska iestāšanās apstākļus, novērtētu un aprēķinātu zaudējumus, nepieciešamības gadījumā sazinātos ar pieteicēju, apdrošinājuma ņēmēju, apdrošināto un citiem. Papildu informācija par personas datu apstrādi <https://www.ban.lv/kompanija/privatuma-politika/>.

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS

Paraksts _____ Datums: 20 ____ . gada ____ . _____

Pieteikumu pieņēma _____ 20 ____ . gada ____ . _____

Paraksts _____