



OCTA ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS PAR PERSONAS VESELĪBAI NODARĪTO ZAUDĒJUMU



Pieteikuma Nr. _____

Pieteikuma iesniedzējs:

Vārds, uzvārds: _____, Personas kods _____

Adrese: _____ LV - _____

Tālrunis: _____ E-pasta adrese: _____

Negadījumā cietusī persona:

Vārds, uzvārds: _____, Personas kods _____

Adrese: _____ LV - _____ Tālrunis _____

Negadījuma datums, vieta, laiks (precīzs):

201__ . gada __ . _____, plkst. _____ : _____ Pilsēta/pagasts: _____

Ceļš, iela, mājas Nr.: _____

Negadījums noformēts: Piesakot policijā Jā Protokola Nr.: _____ Nē

Negadījuma rezultātā nodarīti zaudējumi sakarā ar:

Cietušās personas ārstēšanos Cietušās personas pārejošu darbnespēju Cietušās personas darbības zaudējumu

Apbedīšanas izdevumiem Apgādnieka zaudēšanu Morālo kaitējumu Citi _____

Ārstniecības iestāde (-es): _____

Ārstniecisko pakalpojumu apraksts: _____

Ziņas par negadījumu izraisījušo transportlīdzekli:

Apdrošināšanas sabiedrība: _____ OCTA polises Nr.: _____

Transportlīdzekļa marka, modelis: _____, Valsts reģ. Nr.: _____

Vai transportlīdzekļa vadītājs bija alkohola reibumā? Jā Nē Vai transportlīdzeklis pameta notikuma vietu? Jā Nē

Negadījuma apraksts: _____

Pieteikumam tiek pievienoti:

EKA čeki ___gab Stingrās uzskaites kvītis ___gab Ārstniecības iestādes rēķini ___gab.

Ārstniecības iestādes izraksti ___gab. Citi dokumenti _____

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai. Apzinos, ka, sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, If P&C Insurance AS Latvijas filiālei ir tiesības neizmaksāt man vai apdrošināšanas līgumā noteiktajai personai apdrošināšanas atlīdzību, un es varu tikt saukts pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Ar savu parakstu apliecinu, ka saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem normatīviem aktiem atļauju vai gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs, apdrošinātais un persona, kas paraksta pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta pieteikumu esmu saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu apdrošinātā objekta īpašnieka un/vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja rakstisku atļauju, ka If P&C Insurance AS Latvijas filiālei kā sistēmas pārzinis un datu operators apdrošināšanas līguma darbības nodrošināšanai, kā arī tirgus izpētes un apdrošināšanas pakalpojumu piedāvāšanas nolūkos apstrādā manus vai apdrošinātā objekta īpašnieka, vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus, tai skaitā, bet ne tikai, sensitīvos personas datus, kā arī atļauju If P&C Insurance AS Latvijas filiālei saņemt manus vai apdrošinātās personas vai apdrošināšanas līgumā noteiktā apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus no valsts un pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām.

Paraksts: _____ Pieteikumu pieņēma: _____

(Aizpilda apdrošinātājs)

Datums: 201__ . gada __ . _____



IESNIEGUMS APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS SAŅĒMŠANAI



Pieteikuma Nr. _____

Pieteikuma iesniedzējs:

Vārds, uzvārds: _____, Personas kods: _____

Lūdzu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību:

Ar pārskaitījumu

Bankas nosaukums: _____

Konta numurs (21 simbols): _____

Konta īpašnieks:
Vārds, uzvārds/Uzņēmuma nosaukums: _____, P.k. / PVN Reģ. Nr. _____

Adrese: _____, LV- _____

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai. Apzinos, ka, sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, If P&C Insurance AS Latvijas filiālei ir tiesības neizmaksāt man vai apdrošināšanas līgumā noteiktajai personai apdrošināšanas atlīdzību, un es varu tikt saukts pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Ar savu parakstu apliecinu, ka saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem normatīviem aktiem atļauju vai gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs, apdrošinātais un persona, kas paraksta pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta pieteikumu esmu saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu apdrošinātā objekta īpašnieka un/vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja rakstisku atļauju, ka If P&C Insurance AS Latvijas filiālei kā sistēmas pārzinis un datu operators apdrošināšanas līguma darbības nodrošināšanai, kā arī tirgus izpētes un apdrošināšanas pakalpojumu piedāvāšanas nolūkos apstrādā manus vai apdrošinātā objekta īpašnieka, vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus, tai skaitā, bet ne tikai, sensitīvos personas datus, kā arī atļauju If P&C Insurance AS Latvijas filiālei saņemt manus vai apdrošinātās personas vai apdrošināšanas līgumā noteiktā apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus no valsts un pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām.

Paraksts: _____

iesniegumu pieņēma: _____
(Aizpilda apdrošinātājs)

Datums: 201__ . gada ____ . _____