

Atkārtots pieteikums par OCTA cietušās personas dokumentu iesniegšanu



Nr. _____

Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods _____

E-pasts _____ Tālrunis _____

Negadījumā cietusī persona

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods _____

E-pasts _____ Tālrunis _____

Faktiskā adrese _____ LV- _____

Negadījuma rezultātā nodarītie zaudējumi

Cietušās personas ārstēšanās

Cietušās personas pārejoša darbnespēja

Cietušās personas darbspēju zaudēšana

Apbedīšanas izdevumi

Apgādnieka zaudēšana

Morālais kaitējums

Piezīmes:

Cietušās personas vai pilnvarotās personas konta numurs (21 simbols) _____

Pieprasījumu un lēmumu par atlīdzības izmaksu sūtīt uz

E-pastu

Pa pastu

Pievienotie dokumenti

EKA čeki (oriģināls) _____ gab.

Stingrās uzskaites kvītis (oriģināls) _____ gab.

Citi dokumenti _____

Ja neesi cietušais, šo atlīdzības pieteikumu Tu vari iesniegt tikai gadījumā, ja Tev ir cietušā pilnvarojums tā iesniegšanai, tai skaita turpmāk norādīto apliecinājumu un pilnvarojuma apstiprināšanai attiecībā uz pašu cietušo. Par nepilngadīgu bērnu atlīdzības pieteikumu aizpilda vecāki.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka pieteikuma sniegta informācija, kā arī pievienoto dokumentu kopijas ir veiktas no oriģināla un atbilst patiesībai. Aņemos uzglabāt pieteikumam pievienoto dokumentu oriģinālus vismaz trīs gadus un pēc If P&C Insurance AS Latvijas filiāles pieprasījuma tos uzrādīt.

Parakstot šo pieteikumu, apzinos, ka nepatīcas vai maldinošas informācijas sniegšanas gadījumā If P&C Insurance AS Latvijas filiālei ir tiesības neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.

turklāt es varu tikt saukts pie kriminālatbildības par krāpšanu (Krimināllikuma 177., 178.pants).

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka esmu iepazinies ar If P&C Insurance AS Latvijas filiāles Privātuma aizsardzības noteikumiem, kas ir pieejami www.if.lv, un esmu informēts, ka If P&C Insurance AS Latvijas filiāle apstrādā manis sniegtos datus, tai skaitā cietušā veselības datus, lai: 1. izvērtētu atlīdzības gadījumu un pieņemtu lēmumu atlīdzību lietā; 2. apmainītos ar informāciju ar valsts reģistriem normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos, tostarp nodotu informāciju LTAB uzturētajam reģistram; 3. pieprasītu informāciju par cietušā veselības stāvokli no ārstniecības personām un iestādēm; 4. sazinātos ar mani vai cietušo.

Parakstot šo pieteikumu, pilnvaroju If P&C Insurance AS Latvijas filiāli saņemt no Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija (VDEĀK) informāciju un dokumentus par cietušo, tai skaitā cietušā veselības datus, medicīnisko dokumentāciju, VDEĀK veikto ekspertīžu aktus un lēmumus par invaliditāti.

Paraksts _____

Pieteikumu pieņēma _____

(aizpilda apdrošinātājs)

Datums _____