

# 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 pārejoša darbnespējas zaudēšana  
 Apgādēšanas 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

## PIEVIENTIE 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 skaitā turpmāk norādīto apliecinājumu, piekrišanu un pilnvarojuma apstiprināšanai attiecībā uz pašu cietušo. Par nepilngadīgu bērnu atlīdzības pieteikumu aizpilda vecāki.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka pieteikumā sniegtā informācija, kā arī pievienoto dokumentu kopijas ir veiktas no oriģināla un atbilst patiesībai. Aņņemos 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 nepatīesas vai maldinošas informācijas 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, piekrītu, ka If P&C Insurance AS Latvijas filiāle apstrādā manis sniegto informāciju saistībā ar negadījumu, tai skaitā cietušā sensitīvos personas 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 cietušā datus no ārstniecības personām un iestādēm un iepazīties ar cietušā medicīnisko dokumentāciju.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka esmu iepazīties ar pilniem If P&C Insurance AS Latvijas filiāles Privātuma aizsardzības noteikumiem, kas ir pieejami [www.if.lv](http://www.if.lv).

Paraksts \_\_\_\_\_ Pieteikumu pieņēma \_\_\_\_\_

(aizpilda apdrošinātājs)

Datums 20 \_\_\_\_ . gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_