

OCTA ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS PAR PERSONAI NODARĪTO ZAUDĒJUMU

Nr. _____

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods _____

E-pasts _____ Tālrunis _____

Faktiskā adrese _____ LV- _____

NEGADĪJUMĀ CIETUSĪ PERSONA

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods _____

E-pasts _____ Tālrunis _____

Faktiskā adrese _____ LV- _____

NEGADĪJUMA DATUMS, VIETA, LAIKS 20 ____ . gada ____ . plkst. ____ : ____

Negadījums noformēts piesakot policijā Protokola Nr. _____ vai Aizpildot saskaņoto paziņojumu

Negadījuma vieta (pilsēta, iela, ceļš) _____

NEGADĪJUMA REZULTĀTĀ NODARĪTIE ZAUDĒJUMI

Cietušās personas ārstēšanās Cietušās personas pārejoša darbnespēja Cietušās personas pārejoša darbnespējas zaudēšana

Apbedīšanas izdevumi Apgādnieka zaudēšana Morālais kaitējums

Piezīmes: _____

ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU IZRAISĪJUŠO TRANSPORTLĪDZEKLI:

Transportlīdzekļa marka, modelis _____ Valsts reģ. Nr. _____

Transportlīdzekļa reģistrācijas apliecības Nr. _____ OCTA polises Nr. _____

Vai transportlīdzekļa vadītājs bija alkohola reibumā un/vai apreibinošo vielu ietekmē? Jā Nē

Vai transportlīdzeklis pameta notikuma vietu? Jā Nē

NEGADĪJUMĀ APRAKSTS: _____

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 skaitā turpmāk norādīto apliecinājumu, piekrišanu un pilnvarojuma apstiprināšanu 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 nepatiesas 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 iepazinies ar pilniem If P&C Insurance AS Latvijas filiāles Privātuma aizsardzības noteikumiem, kas ir pieejami www.if.lv.

Paraksts _____ Pieteikumu pieņēma _____

(aizpilda apdrošinātājs)

Datums 20 ____ . gada ____ . _____

IESNIEGUMS APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAI

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. / Reģ. Nr. _____

Faktiskā adrese _____ LV- _____

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 nepatiesas 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 iepazinies ar pilniem If P&C Insurance AS Latvijas filiāles Privātuma aizsardzības noteikumiem, kas ir pieejami [www.if.lv](#).

Paraksts _____

Pieteikumu pieņēma _____

(aizpilda apdrošinātājs)

Datums 20____. gada _____ . _____