



## OCTA iesniegums

### Lūdzu kompensēt CSNg rezultātā radītos zaudējumus

Eksperts

OCTA lieta Nr.

### 1. Iesniedzējs

Vārds

Uzvārds

Personas kods

Dzīves vieta

Tālrunis

E-pasts

### 2. Negadījuma datums, laiks, vieta

Datums

Laiks

Vieta

### 3. Par notikušo pieteikts

Datums

Laiks

Policijā

Kurā?/Nosaukums

SP (Saskaņotais paziņojums)

### 4. Cietušais transportlīdzeklis

Valsts reģistrācijas Nr.

Marka, modelis

Izlaiduma gads

Reģistrācijas apliecības Nr.

Šasijas numurs

Obligātās civiltiesiskās apdrošināšanas polise

Brīvprātīgās transporta līdzekļa apdrošināšanas polise

Sērija

Nr.

Apdrošinātājs

Polises Nr.

### 5. Cietušā transportlīdzekļa īpašnieks (turētājs)

Vārds

Uzvārds

Vai nosaukums (līzings)

Personas kods vai reģ. Nr.

Adrese

Tālrunis

E-pasts

### 6. Cietušā transportlīdzekļa vadītājs

Vārds

Uzvārds

Personas kods

Dzīves vieta

Tālrunis

E-pasts

### 7. Informācija par CSNg izraisījušo personu un transportlīdzekli

OCTA polise (Sērija, Nr.)

Valsts reģistrācijas Nr.

Marka, modelis

Īpašnieks

Vadītājs

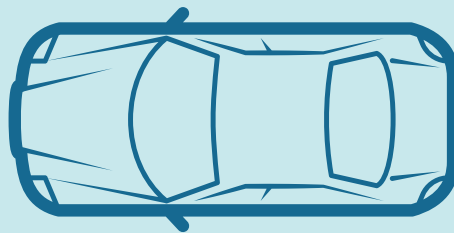
Vārds

Uzvārds

Vārds

Uzvārds

## 8. Transportlīdzekļa bojājumi CSNg rezultātā



## 9. Ceļu satiksmes negadījuma shēma sadursmes brīdī



Jūsu automašīna



Cita automašīna

Ja ceļu policijas ierašanās brīdī automašīnas neatradās CSNg vietā, tad negadījuma aprakstā norādiet iemeslu.

## 10. Negadījuma apraksts

Lēmuma paziņošanas veids:  Īsziņa  e-pasts  vēstule uz faktisko dzīves vietas adresi

## 11. Zaudējumu atlīdzību vēlos saņemt (aizpilda tikai transportlīdzekļa īpašnieks)

Ar pārskaitījumu

Transportlīdzekļa īpašnieka IBAN Konts

Ar apdrošinātāju saskaņota autoservisa pakalpojumu apmaksā

## 12. Transporta līdzekļa bojāejas gadījumā (aizpilda tikai transportlīdzekļa īpašnieks)

Derīgās atliekas paliek īpašniekam

Derīgās atliekas īpašnieks nodod apdrošinātājam un sedz ar nodošanu saistītās izmaksas

Transportlīdzekļa īpašnieka paraksts

Ja notiek vienošanās ar vainīgo personu par nodarīto zaudējumu atlīdzināšanu, apņemos nekavējoties informēt ADB "Gjensidige" Latvijas filiāli. Apliecinu, ka iesniegumā sniegtās ziņas ir patiesas un piekrītu, ka nepatiesas informācijas sniegšanas gadījumā var tikt atteikta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa. Ar šo apliecinu, ka atļauju ADB "Gjensidige" Latvijas filiālei, kā sistēmas pārziņim un personas datu operatoram, apstrādāt manus personas datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem.

Datums	Vārds	Uzvārds	Paraksts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>