



Civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas atlīdzības pieteikums

Pieteikuma numurs

Apdr.gadījuma datums

Apdrošinājumaņēmējs

Vārds

Uzvārds/nosaukums

Personas kods/reģ.nr.

Adrese

Pasta indekss

Tālrunis

E-pasts

Apdrošinātais

Vārds

Uzvārds/nosaukums

Personas kods/reģ.nr.

Adrese

Pasta indekss

Tālrunis

E-pasts

Cietušais

Vārds

Uzvārds/nosaukums

Personas kods/reģ.nr.

Adrese

Pasta indekss

Tālrunis

E-pasts

Apdrošināšanas polises numurs

Citi spēkā esoši apdrošināšanas līgumi par apdrošināšanas objektu (norādīt apdr.sab.)

Zaudējuma rašanās

Datums

Vieta

Zaudējuma veids

Atgadījuma apraksts (ja nepieciešams, pievienojiet uz atsevišķas lapas)

Zaudējums pieteikts, iestādes nosaukums (piem.policija)

Aptuvenā zaudējuma summa

Apļiecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga. Saprotu, ka ADB "Gjensidige" Latvijas filiāle sniegto informāciju var pārbaudīt un nepatiesas vai maldinošas sniegšanas gadījumā var tikt atteikta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa un persona var tikt saukta pie atbildības normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā. Āpņemos nekavējoties informēt ADB "Gjensidige" Latvijas filiāli, ja notiks vienošanās ar vainīgo personu par nodarīto zaudējumu atlīdzināšanu. ADB "Gjensidige" Latvijas filiāle apstrādā Jūsu sniegtos personas datus, tajā skaitā īpašu kategoriju datus, nolūkā nodrošināt apdrošināšanas atlīdzības lietas izskatīšanu. Detalizēta informācija par personas datu apstrādes principiem un Jūsu tiesībām ir pieejama interneta vietnē www.gjensidige.lv/privatums.

Datums

Paraksts

Paraksta atšifrējums