



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

Parakstot šo dokumentu apliecinu, ka sniegtā informācija ir pilnīga, precīza un atbilst īstenībai. Apzinos, ka, sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības neizmaksāt man apdrošināšanas atlīdzību un es varu tikt saukts pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Esmu informēts, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiks veikta tikai pēc visu nepieciešamo dokumentu oriģinālu saņemšanas.

Ar šo apliecinu, ka saskaņā Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem atļauju ADB "Gjensidige" Latvijas filiālei, kā sistēmu pārzinim un personu datu operatoram apstrādāt manus personu datus – personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi.

Datums

Paraksts

Paraksta atšifrējums