



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
--------	----------	----------------------