



## KASKO iesniegums

### Lūdzu kompensēt negadījuma rezultātā radītos zaudējumus

Eksperts

Apdr. gadījuma lietas 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

Apdrošināšanas  
kompānijā

Policijā

Kurā?/Nosaukums

SP (Saskaņotais  
paziņojums)

### 4. Cietušais transporta līdzeklis

Valsts reģistrācijas Nr.

Marka, modelis

Izlaiduma gads

Reģistrācijas apliecības Nr.

Šasijas numurs

Obligātās civiltiesiskās apdrošināšanas polise

Brīvprātīgās transporta līdzekļa apdrošināšanas polise

Sērija

Nr.

Polises Nr.

Derīga no

Derīga līdz

### 5. Transporta līdzekļa īpašnieks (turētājs)

Vārds

Uzvārds

Vai nosaukums (līzings)

Personas kods vai reģ. Nr.

Adrese

Tālrunis

E-pasts

### 6. Transporta līdzekļa vadītājs

Vārds

Uzvārds

Personas kods

Dzīves vieta

Tālrunis

E-pasts

### 7. Vainīgā persona

Vārds

Uzvārds

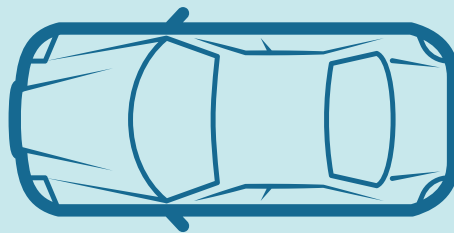
Personas kods

Valsts reģistrācijas Nr.

Marka, modelis

OCTA polise (Sērija, Nr.)

## 8. Transporta līdzekļa bojājumi



## 9. Ceļu satiksmes negadījuma shēma sadursmes brīdī

Jūsu automašīna

Cita automašīna

Ja ceļu policijas ierašanās brīdī automašīnas neatrodās CSNg vietā, tad negadījuma aprakstā norādīt iemeslu.

## 10. Negadījuma apraksts

Aizdzīšanas gadījumā transporta līdzekļa reģistrācijas apliecība un atslēgas nodotas policijā  Jā  Nē

Ja auto ir aizdzīts, iesniegums ir jāiesniedz klātienē ADB "Gjensidige" Latvijas filiāles pārstāvniecībā vai klientu apkalpošanas centrā.

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

Ar pārskaitījumu

Transportlīdzekļa īpašnieka IBAN Konts

Ar apdrošinātāju saskaņota autoservisa pakalpojumu apmaksu

## 12. Vai transporta līdzeklis ir apdrošināts citā kompānijā (brīvprātīgā KASKO polise)?

Nav apdrošināts  Ir apdrošināts

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 piekřrtu, ka nepatīesas 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"/>