



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

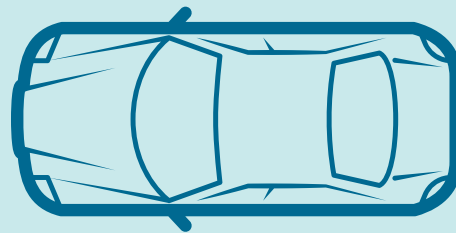
Valsts reģistrācijas Nr.

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 neatradās 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

Banka

Transportlīdzekļa īpašnieka IBAN Konts

Ar apdrošinātāju saskaņota autoservisa pakalpojumu apmaksā

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

Nav apdrošināts

Ir apdrošināts

Apdrošināšanas organizācijas nosaukums

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 pārzinim 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