

Pieteikuma Nr. _____

Lietas Nr. _____

OCTA atlīdzības pieteikums par nemateriālajiem zaudējumiem

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods _____ - _____

Adrese _____ LV- _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU

Negadījuma datums: 20 ____ . gada ____ . _____, precīzs laiks, plkst. ____ : ____ negadījuma vieta, valsts _____

Negadījuma vieta: pilsēta / pagasts _____, ceļš, iela, mājas Nr. _____

Par negadījumu paziņots:

Policijai (kādai) _____ 20 ____ . gada ____ . _____ plkst. ____ : ____ , Protokola Nr.: _____

Par negadījumu ierosināta krimināllieta:

Krimināllieta izbeigta Izmeklēšana turpinās Lietu izskata tiesa

ZIŅAS PAR NEGADĪJUMU IZRAISĪJUŠO TRANSPORTLĪDZEKLI

Marka, modelis _____ Valsts reģ. Nr.: _____

Apdrošināšanas sabiedrība _____ OCTA polises Nr.: _____

Vai transportlīdzekļa vadītājs bija alkohola reibumā? Jā Nē Vai transportlīdzekļa vadītājs atstāja (pameta) negadījuma vietu? Jā Nē

Vai esiet saņēmis atlīdzību par nodarītajiem zaudējumiem? Jā Nē Norādiet kādā apmērā _____

NEGADĪJUMA APRAKSTS (t.s., personai nodarīto zaudējumu apraksts)

INFORMĀCIJA PAR NEGADĪJUMĀ CIETUŠO PERSONU

Vārds, Uzvārds _____ Personas kods _____ - _____

Adrese _____ LV- _____

Tālrunis _____ E-pasts _____

Cietušās personas loma negadījuma brīdī?

Vadītājs Pasažieris Riteņbraucējs Gājējs Cits _____

Cietušās personas atrašanās vieta negadījuma brīdī?

Cietušajā transportlīdzeklī Izraisītāja transportlīdzeklī Uz ielas Uz ietves Citur _____

CIETUŠAI PERSONAI NODARĪTO ZAUDĒJUMU VEIDS

<input type="checkbox"/> Laulātā nāve	<input type="checkbox"/> Cietušās personas fiziska trauma	<input type="checkbox"/> Laulātā 1. grupas invaliditāte
<input type="checkbox"/> Apgādnieka nāve	<input type="checkbox"/> Cietušās personas sakropojums	<input type="checkbox"/> Apgādnieka 1. grupas invaliditāte
<input type="checkbox"/> Apgādājamā nāve	<input type="checkbox"/> Cietušās personas invaliditāte	<input type="checkbox"/> Apgādājamā 1. grupas invaliditāte

ĀRSTNICĪBAS IESTĀDE (-ES), KURĀ (-ĀS) SAŅEMTA MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA SAKARĀ AR NEGADĪJUMU

VAI CIETUSĪ PERSONA TURPINA ĀRSTĒTIES

Nē Jā, norādīt ārstniecības iestādi _____

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT AR PĀRSKAITĪJUMU

Saņēmējs _____

Saņēmēja personas kods / Reģ. Nr.: _____ Bankas nosaukums _____

Konta Nr.: _____

PIETEIKUMAM PIEVIENOTIE DOKUMENTI (vajadzīgo atzīmēt ar "X")

1. Cietušās personas fiziska trauma

Tiesu medicīnas eksperta atzinuma kopija

Izraksti no ārstniecības iestādēm _____

2. Cietušās personas sakropļojums

Tiesu medicīnas eksperta atzinuma kopija

Izraksti no ārstniecības iestādēm _____

3. Cietušās personas invaliditāte

Tiesu medicīnas eksperta atzinuma kopija

Izraksti no ārstniecības iestādēm _____

VDEĀK invaliditātes izziņas kopija (uzrādot oriģinālu)

VDEĀK lēmuma par invaliditātes noteikšanu apstiprināta kopija

4. Apgādnieka nāve

Apgādājamā dzimšanas apliecības kopija (uzrādot oriģinālu)

Izziņa par mirušu apgādībā bijušajām personām

5. Apgādājamā nāve

Apgādājamā dzimšanas apliecības kopija (uzrādot oriģinālu)

6. Laulātā nāve

Laulības apliecības kopija (uzrādot oriģinālu)

7. Laulātā 1. grupas invaliditāte

VDEĀK invaliditātes izziņas kopija

Laulības apliecības kopija (uzrādot oriģinālu)

VDEĀK lēmuma par invaliditātes noteikšanu apstiprināta kopija

8. Apgādnieka 1. grupas invaliditāte

Invaliditātes izziņas kopija (uzrādot oriģinālu)

VDEĀK izziņa par apgādnieka apgādībā esošajām personām

VDEĀK lēmuma par invaliditātes noteikšanu apstiprināta kopija

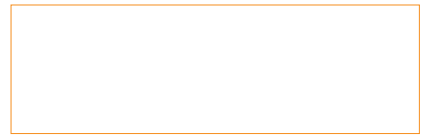
Apgādājamo personu dzimšanas apliecības kopija (uzrādot oriģinālu)

9. Apgādājamā 1. grupas invaliditāte

VDEĀK invaliditātes izziņas kopija (uzrādot oriģinālu)

Apgādājamā dzimšanas apliecības kopija (uzrādot oriģinālu)

VDEĀK lēmuma par invaliditātes noteikšanu apstiprināta kopija



LĒMUMU PAR APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU PAZIŅOT:

- Rakstiski pa pastu uz sekojošu adresi: _____
- Rakstiski uz sekojošu e-pasta adresi: _____
- Mutiski zvanot uz sekojošu telefona numuru: _____
- Īsziņas veidā uz sekojošu telefona numuru: _____

PARAKSTOT ŠO PIETEIKUMU APLIECINU, KA:

Augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai.

Esmu informēts (-a), ka sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS ir tiesības neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, un es varu tikt saukts (-a) pie atbildības Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Atļauju "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, kā sistēmas pārzinim, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, apdrošināšanas līguma izpildei, saņemt un apstrādāt manus personas datus, un gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs, apdrošinātais un persona, kas paraksta pieteikumu nav viena un tā pati persona, tad es kā persona, kas paraksta negadījuma pieteikumu esmu saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu apdrošinātā objekta īpašnieka un/vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja rakstisku atļauju apstrādāt personas datus, tai skaitā, sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus.

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJA PARAKSTS UN DATUMS

Paraksts _____ Datums: 20 ____ . gada ____ . _____

AIZPILDA APDROŠINĀTĀJA PĀRSTĀVIS

Pieteikumu pieņēma _____ 20 ____ . gada ____ . _____

Paraksts _____