

Atlīdzības pieteikums ceļojumu apdrošināšanai

Polises numurs _____

Vieta: _____

Pieteikuma numurs _____

Aizpilda apdrošinātājs

Datums ____/____/____

PIETEIKUMA IESNIEDZĒJS

Vārs, uzvārds / Uzņēmuma nosaukums _____ PK/ Reg.nr. _____

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____ Mob.telefona numurs _____

CIETUSĪ PERSONA

Vārs, uzvārds / Uzņēmuma nosaukums _____ PK/ Reg.nr. _____

Adrese _____ LV _____

E-pasts _____ Telefona numurs _____ Mob.telefona numurs _____

ZAUDĒJUMA RAŠANĀS DATUMS, VIETA, LAIKS

NODARĪTO ZAUDĒJUMU VEIDS

- ☐ Medicīniskie izdevumi/repatriācija ☐ Izmaiņas ceļojumā ☐ Palīdzība
- ☐ Nāve nelaimes gadījumu rezultātā ☐ Bagāžas apdrošināšana ☐ Cits _____
- ☐ Invaliditāte nelaimes gadījumu rezultātā ☐ Civiltiesiskās atbildības apdrošināšana

NEGADĪJUMA APRAKSTS (hronoloģiskā secībā)

NEGADĪJUMS PIETEIKTS (datums, laiks)

- ☐ Palīdzības dienestam _____
- ☐ Ceļojuma organizētājam _____
- ☐ Apdrošinātājam _____
- ☐ Aviokompānijai _____
- ☐ Policijā _____

LĒMUMA SAŅĒMŠANAS VEIDS

- ☐ izziņa uz tālruni _____
- ☐ paziņojums uz epastu _____
- ☐ paziņojums pa pastu _____

ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT

☐ Ar pārskaitījumu Cietušai personai

Banka _____

Kods _____

Konts _____

☐ Ar pārskaitījumu Pilnvarotajai personai

Vārds, Uzvārds, pk _____

Banka _____

Kods _____

Konts _____

☐ Pakalpojuma sniedzējam

Vārds, uzvārds / Nosaukums _____

ZAUDĒJUMU APLIECINOŠI DOKUMENTI

☐ Izraksts no medicīniskās dokumentācijas _____ gb.

☐ Rēķini _____ gb.

☐ Čeki _____ gb.

☐ Ceļojuma dokumenti: biļetes utml. _____ gb.

☐ Citi _____

Apliecinu, ka manis sniegtā informācija Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumā ir patiesa un pareiza, un saprotu, ka jebkādas nepatiesas, neprecīzas informācijas sniegšana manā vai citu vārdā ietekmē manas tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību.

Pilnvaroju Apdrošinātāju pieprasīt un izmantot jebkura veida informāciju un dokumentus, kas nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai.

Apliecinu, ka atļauju Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiālei, Reģ. Nr. 40103942087, Vienības gatve 87h, Rīgā, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram, apstrādāt manus personas datus vai apdrošinātā objekta īpašnieka, apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem.

Datums ____-____-____

Vārds, Uzvārds, paraksts