



# OCTA ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS PAR TRANSPORTLĪDZEKĻA BOJĀJUMIEM VAI BOJĀEJU



Pieteikuma Nr. \_\_\_\_\_

## Pieteikuma iesniedzējs:

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_, Personas kods \_\_\_\_\_

Adrese: \_\_\_\_\_ LV - \_\_\_\_\_

Tālrunis: \_\_\_\_\_ E-pasta adrese: \_\_\_\_\_

## Transportlīdzekļa īpašnieks:

Vārds, uzvārds / Uzņēmuma nosaukums: \_\_\_\_\_, P. k. / Reģ. Nr.: \_\_\_\_\_

Adrese: \_\_\_\_\_

## Transportlīdzekļa vadītājs:

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_, Personas kods: \_\_\_\_\_

Vadītāja apliecības Nr.: \_\_\_\_\_

## Negadījuma datums, vieta, laiks (precīzs):

201\_\_ . gada \_\_ . \_\_ . , plkst. \_\_ : \_\_ Pilsēta/pagasts: \_\_\_\_\_

Ceļš, iela, mājas Nr.: \_\_\_\_\_

**Negadījums noformēts:** Piesakot policijā  Protokola Nr. \_\_\_\_\_ **vai** Aizpildot saskaņoto paziņojumu

**Cietušais (Jūsu) transportlīdzeklis** – marka, modelis: \_\_\_\_\_, Valsts reģ. Nr.: \_\_\_\_\_

Transportlīdzekļa reģistrācijas apliecības Nr.: \_\_\_\_\_ OCTA polises Nr.: \_\_\_\_\_

## Transportlīdzekļa brīvprātīgā (KASKO) apdrošināšana:

Ir \_\_\_\_\_  Nav \_\_\_\_\_

(apdrošināšanas sabiedrība, polises Nr.)

Kur var apskatīt Jūsu cietušo transportlīdzekli darba laikā?

(Nav jāuzrāda, ja cietušais apņemas pats uzrādīt transportlīdzekli apdrošināšanas ekspertam ekspertīzes veikšanai If Apdrošināšanas birojā, Mūkusalas iela 101, Rīgā)

## Ziņas par otru negadījumā iesaistīto transportlīdzekli:

Transportlīdzekļa marka, modelis: \_\_\_\_\_, Valsts reģ. Nr.: \_\_\_\_\_

Apdrošināšanas sabiedrība: \_\_\_\_\_ OCTA polises Nr.: \_\_\_\_\_

Vai transportlīdzekļa vadītājs bija alkohola reibumā?  Jā  Nē Vai transportlīdzeklis pameta notikuma vietu?  Jā  Nē

## Negadījuma apraksts un shēma:

Jūsu a/m

cita a/m

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai. Apzinos, ka, sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, If P&C Insurance AS Latvijas filiālei ir tiesības neizmaksāt man vai apdrošināšanas līgumā noteiktajai personai apdrošināšanas atlīdzību, un es varu tikt saukts pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Ar savu parakstu apliecinu, ka saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem normatīviem aktiem atļauju vai gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs, apdrošinātais un persona, kas paraksta pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta pieteikumu esmu saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu apdrošinātā objekta īpašnieka un/vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja rakstisku atļauju, ka If P&C Insurance AS Latvijas filiālei kā sistēmas pārzinis un datu operators apdrošināšanas līguma darbības nodrošināšanai, kā arī tirgus izpētes un reklāmas nolūkos apstrādā, kā arī nepieciešamības gadījumā nodod If P&C Insurance grupas uzņēmumiem, manus vai apdrošinātā objekta īpašnieka, vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus, tai skaitā, bet ne tikai, sensitīvos personas datus, kā arī atļauju If P&C Insurance AS Latvijas filiālei saņemt manus vai apdrošinātās personas vai apdrošināšanas līgumā noteiktā apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus un valsts un pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām.

Paraksts: \_\_\_\_\_

Pieteikumu pieņēma: \_\_\_\_\_

(Aizpilda apdrošinātājs)

Datums: 201\_\_ . gada \_\_ . \_\_ .



# IESNIEGUMS APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS SAŅĒMŠANAI



Pieteikuma Nr. \_\_\_\_\_

## Pieteikuma iesniedzējs:

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_, Personas kods: \_\_\_\_\_

## Lūdzu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību par \_\_\_\_\_:

(transportlīdzekļa valsts reģ. Nr.)

(Ar "X" atzīmējiet izvēlēto apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas veidu)

### Ar pārskaitījumu

Bankas nosaukums: \_\_\_\_\_

Konta numurs (21 simbols):

Konta īpašnieks:

Vārds, uzvārds/Uzņēmuma nosaukums: \_\_\_\_\_, P.k./ Reģ. Nr. \_\_\_\_\_

Adrese: \_\_\_\_\_, LV- \_\_\_\_\_

### Saņemot pakalpojuma apmaksu

(lūdzu norādiet, ja vēlaties, lai If apdrošināšana apmaksā transportlīdzekļa remontu Jūsu izvēlētajā auto servisā pēc tāmes saskaņošanas)

Izvēloties šo atlīdzības saņemšanas veidu, piekrītu, ka apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta pēc bojātā objekta atjaunošanas un rēķina saņemšanas no pakalpojumu sniedzēja.

## Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka izvēlēto atlīdzības saņemšanas veidu nemainīšu.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai. Apzinos, ka, sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, If P&C Insurance AS Latvijas filiālei ir tiesības neizmaksāt man vai apdrošināšanas līgumā noteiktajai personai apdrošināšanas atlīdzību, un es varu tikt saukts pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Ar savu parakstu apliecinu, ka saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem normatīviem aktiem atļauju vai gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs, apdrošinātais un persona, kas paraksta pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta pieteikumu esmu saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu apdrošinātā objekta īpašnieka un/vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja rakstisku atļauju, ka If P&C Insurance AS Latvijas filiālei kā sistēmas pārzinis un datu operators apdrošināšanas līguma darbības nodrošināšanai, kā arī tirgus izpētes un reklāmas nolūkos apstrādā, kā arī nepieciešamības gadījumā nodod If P&C Insurance grupas uzņēmumiem, manus vai apdrošinātā objekta īpašnieka, vai apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus, tai skaitā, bet ne tikai, sensitīvos personas datus, kā arī atļauju If P&C Insurance AS Latvijas filiālei saņemt manus vai apdrošinātās personas vai apdrošināšanas līgumā noteiktā apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja datus no valsts un pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām.

Paraksts: \_\_\_\_\_

Iesniegumu pieņēma: \_\_\_\_\_

(Aizpilda apdrošinātājs)

Datums: 201\_\_\_\_. gada \_\_\_\_.

Transportlīdzekļa īpašnieka paraksts: \_\_\_\_\_

(nepieciešams, ja atlīdzības saņēmējs nav transportlīdzekļa īpašnieks)