

## PIETEIKUMS

### Kravu autopārvadātāja atbildības (CMR) apdrošināšanai

Pirms aizpildīt apdrošināšanas pieteikumu, lūdzu rūpīgi izlasiet jautājumus tabulā un ierakstiet attiecīgas atbildes uz tiem. Anketu iespējams aizpildīt jebkurā Jums pieejamā veidā, nodrošinot atbilžu pilnīgumu un salasāmību.

#### Dati par Apdrošinājumaņēmēja uzņēmumu

Nosaukums:	Juridiskā adrese:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reģistrācijas numurs:	
<input type="text"/>	
Reģistrācijas datums Uzņēmumu reģistrā:	Pamatkapitāla apmērs (EUR):
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefons:	E-pasts:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktpersona (vārds, uzvārds):	
<input type="text"/>	

#### Informācija par Pārvadājumiem

Pēdējā gada pārvadājumu apjoms (bruto EUR):	Plānotais pārvadājumu apjoms Apdrošināšanas periodā (bruto EUR):
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plānotais reisu skaits Apdrošināšanas periodā:	Kurās valstīs veicat kabotāžu?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vai veicat kabotāžas pārvadājumus?	Kādu visu pārvadājumu % daļu sastāda kabotāža?
Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Vēlamais atbildības limits vienam Apdrošināšanas gadījumam:	Vēlamais Atbildības limits visiem Apdrošināšanas gadījumiem kopā polises darbības periodā:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nepieciešama apdrošināšana izīrētajām piekabēm un konteineriem:	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
Ja, jā, lūdzu, precizēt Apdrošinājuma summu:	<input type="text"/>
Nepieciešams Apdrošināšanas aizsardzība zaudējumiem, kurus izraisījusi pārvadātāja Trešās puses īpašumam, veselībai vai dzīvībai:	
Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/> Ja, jā, lūdzu, precizēt Apdrošinājuma summu:	<input type="text"/>

#### Pārvadājamo kravu veidi

Saldētas vai noteiktā temperatūrā glabājamas / pārvadājamas preces refrīžeratoros:	<input type="text"/> %	Motorizētā tehnika (motocikli, auto, cita pašgājēj smagā tehnika):	<input type="text"/> %
Sausas kravas konteineros:	<input type="text"/> %	Alkoholiskie dzērieni:	<input type="text"/> %
Šķidrās kravas cisternās:	<input type="text"/> %	Tabakas izstrādājumi:	<input type="text"/> %
Elektroniska aparatūra un datortehnika:	<input type="text"/> %	Bīstamās kravas:	<input type="text"/> %
Viegli plīstošas preces:	<input type="text"/> %	Pašam piederošas kravas:	<input type="text"/> %
Citas kravas:	<input type="text"/> %		

#### Pārvadājumu maršruti

<b>Latvija:</b> <input type="text"/> %	<b>Baltijas valstis (Latvija, Lietuva, Igaunija):</b> <input type="text"/> %
<b>Eiropas valstis (Eiropas valstis, ieskaitot Turciju. Izņēmumi: Itālijas dienvidi no Romas, Baltkrievija, Krievija, Ukraina, Krimas reģions, Kazahstāna, Armēnija, Gruzija, Azerbaidžāna, Abhāzija un Dienvidosetija):</b> <input type="text"/> %	
<b>NVS valstis (NVS valstis, ieskaitot Armēniju, Azerbaidžānu, Kazahstānu, Kirgizstānu, Tadžikistānu, Turkmenistānu, Uzbekistānu. Izņēmumi: Baltkrievija, Krievija, Ukraina, Krimas reģions, Abhāzija un Dienvidosetija, Mongolija):</b> <input type="text"/> %	
	<b>Mongolija:</b> <input type="text"/> %

Citi (norādīt kādi):

## Vilcēji/ kravas automašīnas

Nr.	Marka, modelis:	Piekabju veids*:	Izlaiduma gads:	Reģistrācijas Nr.:
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

\*Nepieciešams izvēlēties no sekojošiem veidiem: konteinervedēji vai izotermiskie, autovedēji, cisternas, auto līdz 3,5t, ar temperatūras kontroli/refrižeratori, tenti. Ja transportlīdzekļu saraksts neietilpst šajā lapā, lūdzu, to iesniegt uz atsevišķas lapas.

## Iepriekš veiktā autopāravadātāja atbildības (CMR) apdrošināšana\*

Periods:	Apdrošināšanas sabiedrības nosaukums:	Atbildības limits visiem gadījumiem:	Apdrošināto transportlīdzekļu skaits:

\*Ja šis saraksts neietilpst šajā lapā, lūdzu to iesniegt uz atsevišķas lapas.

## Zaudējumi pēdējos piecos gados\*

Nr.	Datums:	Apdrošinātājs:	Rezerve, EUR:	Izmaksātās atlīdzības lielums, EUR:	Pašrisks, EUR:	Notikuma apraksts:
1						
2						
3						
4						
5						

\*Ja šis saraksts neietilpst šajā lapā, lūdzu to iesniegt uz atsevišķas lapas.

## Piezīmes/ papildus informācija

Apliecinu, ka augstākminētās Apdrošinātājam sniegtās ziņas ir pilnīgas un atbilst patiesībai. Apņemos paziņot Apdrošinātājam par visiem zināmajiem apstākļiem, kuri radīsies apdrošināšanas līguma laikā un var ievērojami palielināt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību vai iespējamo zaudējumu apjomu.

Šī anketa ir neatņemama Apdrošināšanas līguma sastāvdaļa, bet tās aizpildīšana neuzliek par pienākumu noslēgt apdrošināšanas līgumu. Sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji lauzt uz šī pieteikuma pamata noslēgto Apdrošināšanas līgumu no tā noslēgšanas brīža.

Ar parakstu iepriekš minēto ziņu patiesumu apstiprinu:

Vārds, uzvārds

Datums

Ieņemamais amats

Paraksts