

POLISES NUMURS

IZMAKSU LIETAS Nr.

1. Ziņas par apdrošināšanas gadījumu

1.1. Apdrošināšanas gadījuma (negadījuma) datums: 20 . gada . plkst. :

1.2. Notikuma vieta

1.3. Transport līdzeklis

1.4. Kas ir bojāts negadījuma rezultātā? Kravas veids?

1.5. Dati par kravu (svars, vērtība pēc iepirkuma dokumentiem)

1.6. Iepakojums

1.7. Iesniegtie dokumenti CMR pavadzīme Pretenzija Policija Šofera sīks paskaidrojums

1.8. Pārvadājuma maršruts

1.9. Kādas kompetentās iestādes ir informētas par negadījumu?

Policija Avārijas dienests Robežsargi Muita

Datums, laiks un vieta: 20 . gada . plkst. :

Attiecīgo dienestu nosaukumi un kontakti

Zaudējuma regulēšanas eksperts (survejera nosaukums, kontaktinformācija)

Cits

2. Ziņas par apdrošināto personu

2.1. Apdrošināšanas veids (atzīmēt vienu)

Autopārvadātāju civiltiesiskā apdrošināšana saskaņā ar CMR konvenciju Kravu apdrošināšana

2.2. Apdrošināšanas ņēmējs

Nosaukums p.k./ reģ. Nr.

Adrese tālrunis e-pasts

Apdrošinājuma ņēmēja pilnvarotā persona p. k.

tālrunis fakss e-pasts

Darba vieta un ieņemamais amats

2.3. Cietušais

2.4. Kravas apdrošinātājs

3. Apdrošināšanas gadījuma apraksts

Aptuvenais zaudējuma apmērs LVL

4. Papildus dati

Kravas glabātuves
(Konteiners, tents, u.c.)
stāvoklis

Muitas (u.c.) plombju
stāvoklis

Citi svarīgi dati
(pretaizdzīšanas
sistēmas esamība u.c.)

	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Lūdzu aprēķināto apdrošināšanas atlīdzību pārskaitīt uz

(bankas nosaukums)

Konta numurs

Valūta

Konta īpašnieks

p.k./ reģ. Nr.

(Vārds, Uzvārds/ nosaukums)

1. Apliecinu, ka augstāk sniegtā informācija atbilst īstenībai un apzinos, ka, sniedzot nepatiesu vai maldinošu informāciju, Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt man apdrošināšanas atlīdzību, samazināt tās apmēru un/vai izbeigt apdrošināšanas līgumu un es varu tikt saukts pie atbildības LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.
2. Pilnvaroju Apdrošinātāju saņemt no jebkurām iestādēm un personām, jebkādu informāciju un dokumentus, kas nepieciešami šajā pieteikumā minētā zaudējuma gadījuma apstākļu noskaidrošanai apdrošināšanas līguma izpildes nodrošināšanā.
3. Apzinos, ka apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas nodrošināšanai Apdrošinātājam saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu, kā arī citiem LR normatīvajiem aktiem, ir tiesības apstrādāt manus personas datus, t.sk. identifikācijas kodu; datu apstrādes sistēmas pārzinis un datu operators ir ERGO Insurance SE Latvijas filiāle. Vien.reģ.Nr. 40103599913.
4. Apņemos nemainīt apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas veidu.

Iesniedzējs

p.k. / reģ. nr.

(Vārds, Uzvārds / nosaukums, juridiskās personas amats)

Piekrītu, ka ERGO ar atlīdzību lietu saistīto informāciju nosūta uz e-pastu Jā

Nē

tālrunis

paraksts

e-pasta adrese

Pieteikumu pieņēma

20

. gada

.