

POLISES NUMURS

IZMAKSU LIETAS Nr.

### 1. Ziņas par apdrošināšanas gadījumu

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

1.2. Notikuma vieta   
(valsts, apdzīvota vieta)

1.3. Kas ir bojāts negadījuma rezultātā?

1.4. Kādas kompetentās iestādes tika informētas par atgadījumu?

1.5. Vai līdzīga rakstura zaudējumi Jums ir bijuši? Jā  Kad, kādā apmērā

1.6. Vai negadījuma izraisīšanā vainojama kāda trešā persona? Jā

1.7. Negadījumā bojātā vienība?

1.8. Negadījumā bojātās vienības tips/modelis

tehniskie parametri

1.9. Negadījumā bojātās vienības pielietojums

1.10. Negadījumā bojātās vienības ražotājs/gads

1.11. Negadījumā bojātās vienības iepirkuma cena un vērtība negadījuma dienā:

Jauna iegādes vērtība:  Faktiskā (tirgus) vērtība:  Grāmatvedības (bilances) vērtība:

1.12. Vai pastāv ražotāja garantijas? Jā  Līdz kuram gadam? 20

1.13. Vai pastāv iekārtas/-u apkopes līgums? Jā

### 2. Ziņas par apdrošināšanas veidu un apdrošinājumaņēmēju

2.1. Apdrošināšanas veids (atzīmēt vienu)

- Elektroniskā aprikojuma visu risku apdrošināšana (EE)  Uzņēmēja iekārtu un ražotņu (CPM) visu risku apdrošināšana  
 Tehnoloģisko iekārtu (MB) visu risku apdrošināšana  Būvuzņēmēja (CAR) visu risku apdrošināšana  
 Montāžas darbu (EAR) visu risku apdrošināšana

2.2. Apdrošinājumaņēmējs

Nosaukums  Reģistrācijas apliecības nr.

Adrese  tālrunis  e-pasts

Apdrošinājumaņēmēja pilnvarotā persona  p. k.

tālrunis  fakss  e-pasts

Darba vieta un ieņemamais amats

### 3. Apdrošināšanas gadījuma apraksts

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aptuvenais zaudējuma apmērs  LVL

Lūdzu aprēķināto apdrošināšanas atlīdzību pārskaitīt uz

(bankas nosaukums)

Konta numurs

Valūta

Konta īpašnieks

(Vārds, Uzvārds/ nosaukums)

p.k./ reģ. Nr.

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. Pilsvaroju Apdrošinātāju saņemt no jebkurām iestādēm un personām, jebkādu informāciju un dokumentus, kas nepieciešami šajā pieteikumā minētā zaudējuma gadījuma apstākļu noskaidrošanai apdrošināšanas līguma izpildes nodrošināšanai.
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 AAS „ERGO Latvija”, reģ.Nr.40003131253, adrese: Skanstes 50, Rīga, LV-1013.
4. Apņemos nemainīt apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas veidu.

Iesniedzējs

(Vārds, Uzvārds / nosaukums, juridiskās personas amats)

p.k. / reģ. nr.

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

Nē

tālrunis

paraksts

e-pasta adrese

Pieteikumu pieņēma

20

. gada

.