

## Atlīdzības pieteikums civiltiesiskās atbildības (CTA) apdrošināšanā

<b>Informācija par apdrošināšanas polisi</b>	Polises numurs:
<b>Apdrošinājumaņēmējs/ Apdrošinātais</b>	Nosaukums:
	Reģistrācijas numurs:
	Tālr.: <span style="float: right;">E-pasts:</span>
<b>Informācija par apdrošināšanas gadījuma pieteicēju</b>	Vārds, uzvārds:
	Personas kods:
	Adrese:
	Tālr.: <span style="float: right;">E-pasts:</span>
<b>Informācija par zaudējumu</b>	Zaudējuma notikuma datums un laiks:
	Zaudējuma notikuma vieta, adrese:
	Vai tika informētas kompetentās iestādes? Ja jā, tad precizējiet kādas
	Apdrošināšanas gadījuma apraksts
<b>Persona/Uzņēmums, kuram nodarīti zaudējumi</b>	Nosaukums/Vārds, uzvārds:
	Reģ.nr./Personas kods:
	Adrese:
	Tālr.: <span style="float: right;">E-pasts:</span>
<b>Aptuvenais zaudējuma apmērs</b>	
<b>Citas apdrošināšanas polises, kas varētu atlīdzināt radušos zaudējumus? Ja ir, tad lūdzu norādīt informāciju.</b>	
<b>Pievienotie dokumenti</b>	

## Piekrīšana personas datu apstrādei

Seesam Insurance AS Latvijas filiāle (turpmāk Seesam) pakalpojuma līguma un ar to saistīto līgumsaistību izpildei apstrādās personas datus saskaņā ar Seesam Privātuma politiku (skatīt [www.seesam.lv/par-seesam/privatuma-politika](http://www.seesam.lv/par-seesam/privatuma-politika)). Dati tiks apstrādāti tādā apmērā un kārtībā, kāds ir nepieciešams un pietiekams, lai nodrošinātu līguma izpildi.

Saskaņā ar šo:

Atļauju apstrādāt un glabāt manus personas datus	Jā	Nē
Atļauju AAS "Seesam Insurance AS Latvijas filiāle" kā datu Pārzinim apstrādāt manus veselības datus	Jā	Nē
Piekrītu saņemt akcijas piedāvājumus, atlaides un jaunumus	Jā	Nē
Piekrītu saņemt īpaši man izveidotus, individuālus apdrošināšanas piedāvājumus	Jā	Nē
Piekrītu dalībai aptaujās, lai Seesam pilnveidotu esošos un radītu jaunus pakalpojumus	Jā	Nē
Apstiprinu, ka manis sniegtā informācija ir aktuāla un patiesa	Jā	Nē

Ar šo es apņemos sniegt visu manā rīcībā esošo informāciju par minēto gadījumu, kā arī sadarboties, lai iegūtu papildus informāciju, kas nepieciešama šīs prasības izskatīšanai. Ja manis sniegtā informācija par gadījuma apstākļiem ir maldinoša vai nepatiesa, vai arī netiks ievēroti apdrošinātāja rīkojumi, apdrošināšanas atlīdzības izmaksa var tikt samazināta vai atteikta.

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_ Vieta, datums \_\_\_\_\_ Paraksts \_\_\_\_\_