

Vai atgadījums pieteikts policijā jeb citā kompetentā iestādē?	
Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	Protokola Nr. _____ Protokola datums _____
Iestādes nosaukums, adrese, tālrunis _____	

Vai kāds no CSNg iesaistītajiem transportlīdzekļu vadītājiem bija alkohola vai narkotisko vielu iespaidā?	
Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	Norādīt, kurš _____

Vai CSNg rezultātā ir bojā gājušie?	
Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	Norādīt, kurš _____

Vai kādam citam CSNg dalībniekam tika nodarīti miesas bojājumi?	
Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	Norādīt, kuram _____

Vai kāds no atgadījuma dalībniekiem pameta notikuma vietu?	
Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	Norādīt, kurš _____

Vai starp atgadījuma dalībniekiem ir vienošanās par zaudējumu atlīdzību?	
Nē <input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/>	Īss vienošanās saturs _____

Pievienotie dokumenti	
<i>Materiālo zaudējuma gadījumā</i>	
<input type="checkbox"/> Izmeklēšanas vai tiesu iestāžu dokumenti	<input type="checkbox"/> Izziņa no darba devēja, kādā apmērā apmaksāta darba nespējas lapa A
<input type="checkbox"/> Kases čeki un / vai darījumus apliecinošas kvītes (oriģināli) par apmaksātajiem medikamentiem	<input type="checkbox"/> Darba nespējas lapas A kopija
<input type="checkbox"/> Kases čeki un / vai darījumus apliecinošas kvītes (oriģināli) par samaksu ārstniecības iestādei	<input type="checkbox"/> Darba nespējas lapas B kopija
<input type="checkbox"/> Ārstējošā ārsta izrakstīto medikamentu receptu kopijas	<input type="checkbox"/> Izziņa no VSAA par piešķirto slimības pabalstu
<input type="checkbox"/> Izraksts no stacionāra un / vai ambulatorā slimnieka medicīniskās kartes, izmeklēšanas vai tiesu iestāžu dokumenti	<input type="checkbox"/> Izziņa no VSAA par cietušās personas apdrošināšanas iemaksu, 6 mēnešus pirms CSNg
<input type="checkbox"/> Izziņa no darba devēja par vidējo darba algu (bruto, neto), 6 mēnešus pirms CSNg	
<i>Nemateriālo zaudējuma gadījumā</i>	
<input type="checkbox"/> Izraksts no stacionāra vai ambulatorā slimnieka medicīniskās kartes	<input type="checkbox"/> Tiesu medicīnas eksperta atzinuma kopija
<i>Cietušās personas nāves gadījumā</i>	
<input type="checkbox"/> Miršanas apliecības apstiprināta kopija	<input type="checkbox"/> Radniecību apstiprinājoši dokumenti vai pilnvara

Zaudējums un atlīdzība	
<i>Aptuvenā zaudējuma summa</i> _____	<i>Atlīdzības saņēmējs</i> _____
<i>Izmaksas veids</i>	
Skaidrā naudā <small>(zem 200 LVL)</small> <input type="checkbox"/>	Ar apdrošinātāju saskaņota nodrošinājuma pakalpojumu apmaksā <input type="checkbox"/>
Ar pārskatījumu <small>(virs 200 LVL)</small> <input type="checkbox"/>	Bankā _____ Kods _____ IBAN konts _____

Informāciju par lietas izskatīšanu vēlos saņemt pa e-pastu _____

Esmu informēts (-a), ka par nepatiesu ziņu sniegšanu iespējams atlīdzības atteikums. Aņņemos nemainīt izvēlēto zaudējumu atlīdzības saņemšanas veidu. Ar šo apliecinu, ka atļauju «BALVA» AAS, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram, apstrādāt manus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajam aktiem.

Vārds, uzvārds _____

Paraksts _____

Datums _____