

Polises numurs / Номер полиса / Policy number

Atlīdzības pieteikuma Nr. / Заявление о возмещении № / Indemnity claim no.



ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS PAR PERSONAI NODARĪTAJĒM MATERIĀLIEM UN NEMATERIĀLIEM ZAUDĒJUMIEM / ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ НАНЕСЕННЫХ ЛИЦУ МАТЕРИАЛЬНЫХ И НЕМАТЕРИАЛЬНЫХ УБЫТКОВ ПОТЕРПЕВШЕМУ В ДТП ЛИЦУ / INDEMNITY CLAIM FOR THE INFLICTION OF MATERIAL AND NON-MATERIAL LOSSES TO A PERSON AN INJURED PARTY IN THE ROAD TRAFFIC ACCIDENT

I CSNg cietusī persona / Лицо, потерпевшее в ДТП / Injured party in the road traffic accident

Vārds, uzvārds / Uzņēmuma nosaukums / Имя, фамилия / Название предприятия / Name, Surname / Company name

Personas kods / Uzņēmuma vien. reģ. Nr. / Персональный код / Единый рег. № предприятия / Identity No. / Company Reg. No.

Tālrunis / Телефон / Telephone *

E-pasts / Эл. почта / E-mail

Adrese / Адрес / Address LV –

II Cietušās personas loma CSNg / Роль потерпевшего лица в ДТП / Role of the injured party in the road traffic accident

Vadītājs / Водитель / Vehicle driver

Pasažieris / Пассажир / Passenger

Velosipēdists / Велосипедист / Cyclist

Gājējs / Пешеход / Pedestrian

Cits / Другое / Other

Atgadījuma datums / Дата происшествия / Date of the accident

Atgadījuma laiks / Время происшествия / Time of the accident

Blank area for accident details.

Atgadījuma vieta un negadījuma apraksts (adrese, sadursmes vieta, ceļa apstākļi, vai kāds no CSNg dalībniekiem pametis notikuma vietu) / Место происшествия и описание происшествия (адрес, место столкновения, дорожные условия, покинул кто-либо из участников ДТП место происшествия) / Place and description of the accident (address, place of collision, road conditions, whether any of the participants of the road traffic accident leave the site of the accident)

III CSNg izraisījušais transportlīdzeklis / Транспортное средство, вызвавшее ДТП / Transport vehicle, which caused the road traffic accident

Transportlīdzekļa marka, modelis / Марка, модель транспортного средства / Vehicle make, model

Valsts reģ. Nr. / Государственный рег. номер / State reg. No.

Polises sērija, Nr. / Номер, серия полиса / Policy series No.

IV Personas nodarītā zaudējuma veids (-i) / Вид (-ы) нанесенных лицом убытков / Type (-s) of the losses inflicted by the party

Materiālie zaudējumi / Материальные убытки / Material losses

Cietušā ārstēšana / Лечение потерпевшего / Treatment of the victim

Cietušā pārejoša darbnespēja / Временная нетрудоспособность потерпевшего / Temporary work incapacity of the injured party

Cietušā paliekošs darbspēju zudums / Постоянная потеря трудоспособности потерпевшего / Permanent loss of work capacity by the injured party

Apbedīšanas izdevumi / Услуги погребения / Funeral services

Apgādnieka zaudēšana / Потеря кормильца / Loss of the provider

Nemateriālie zaudējumi / Нематериальные убытки / Non-material losses

Cietušā fiziska trauma / Физическая травма потерпевшего / Victim's physical trauma

Cietušās personas sakropļojums / Увечья потерпевшего лица / Victim's mutilation

Cietušās personas invaliditāte / Инвалидность потерпевшего лица / Victim's disability

Apgādnieka nāve / Смерть кормильца / Death of the provider

Apgādājamā nāve / Смерть иждивенца / Death of the dependant

Laulātā nāve / Смерть супруга / Death of a spouse

Laulātā 1. grupas invaliditāte / Инвалидность первой группы супруга / 1st disability group of a spouse

Apgādnieka 1. grupas invaliditāte / Инвалидность первой группы кормильца / Provider's 1st disability group

Apgādājamā 1. grupas invaliditāte / Инвалидность первой группы иждивенца / Dependant's 1st disability group

Arstniecības iestādes, kurās saņemta medicīniskā palīdzība sakarā ar CSNg / Лечебные учреждения, в которых получена медицинская помощь в связи с ДТП / Medical institutions where medical assistance has been received regarding the road traffic accident

Atgadījums rakstiski pieteikts policijā vai citā kompetentā iestādē? / О происшествии заявлено в письменном виде в полицию или другой компетентный орган? / Has the accident been reported in writing to the police or any other competent authority? Jā / Да / Yes Nē / Нет / No

Datums, iestādes nosaukums, adrese, telefons / Дата, название органа, адрес, телефон / Date, name of the authority, address, telephone *

Ека чеķи, kvitis (skaits) / Чеки ЭКА, квитанции (количество) / Cash register receipts, receipts (quantity)

Citi dok. uz (lpp.) / Другие док. на (стр.) / Other documents on (pages)

Med. iest. izraksti (skaits) / Выписки мед. учр. (количество) / Excerpts from medical institutions (quantity)

V Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa / Выплата страхового возмещения / Insurance indemnity payment

Zaudējuma atlīdzību lūdzu izmaksāt uz cietušās personas bankas kontu / Прошу выплатить страховое возмещение на банковский счет потерпевшего лица / Please disburse the insurance indemnity by transfer to the bank account of the injured party

Banka / Банк / Bank
IBAN konts / Номер счета IBAN / IBAN account

Esmu informēts, ka par nepatiesu vai maldinošu ziņu sniegšanu iespējams atlīdzības atteikums un var iestāties Krimināllikuma 177. pantā (krāpšana) vai 178. pantā (apdrošināšanas krāpšana) paredzētā kriminālatbildība. Ar šo pilnvarojumu apdrošinātāju pieprasīt un saņemt no citiem tiesīsbu subjektiem (tajā skaitā no ārstniecības personām, ārstniecības iestādēm, Nacionālā veselības dienesta) informāciju par apdrošinātās personas veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, kas nepieciešama iespējamā apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai. Ar šo apstiprinu, ka piekrišu ekspertīzei pie Apdrošinātāja izvēlēta ārsta veselības stāvokļa pārbaudei saistībā ar apdrošināšanas gadījumu. Esmu informēts, ka AAS BALTA kā datu pārzinis apstrādā pieteikumā norādītos personas datus (tajā skaitā īpašu kategoriju personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus) ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi. Gadījumā, kad apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs vai apdrošinātais un persona, kas paraksta šo pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta pieteikumu, apliecinu, ka esmu saņēmis(-usi) un nepieciešamībās gadījumā uzrādīšu atlīdzības saņēmēja un apdrošinātā rakstisku atļauju šajā pieteikumā noteiktajai personas datu apstrādei.

Uzzināt vairāk par personas datu apstrādi varat BALTA mājaslapās sadaļā "Par mums" [šeit](#), klientu apkalpošanas centrā vai rakstot uz elektroniskā pasta adresi manidati@balta.lv.

Apziņos, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta tikai pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un tā rezultātā radušos zaudējumu apmēru, iesniegšanas apdrošinātājam.

Я проинформирован, что в случае предоставления недостоверных или вводящих в заблуждение сведений возможен отказ в выплате возмещения и может наступить уголовная ответственность, предусмотренная статьей 177 (мошенничество) или статьей 178 (мошенничество при страховании) Уголовного закона. Настоящим уполномочиваю страховщика запрашивать и получать от других субъектов (в том числе у медицинского персонала, от лечебных учреждений, Национальной службы здравоохранения) информацию о состоянии здоровья застрахованного лица и полученной застрахованным лицом медицинской помощи, что является необходимым для выяснения обстоятельств возможного страхового случая. Настоящим подтверждаю, что согласен с проведением экспертизы состояния здоровья у выбранного страховщиком врача в связи страхового случая. Я проинформирован, что CAO BALTA, как контроллер данных, обрабатывает указанные в заявке персональные данные (включая персональные данные особой категории и коды личной идентификации (классификации) с целью обеспечения выполнения договора страхования. В случае, когда определённый в страховом договоре получатель возмещения или страхователь и лицо, которое подписывает настоящую заявку, не являются одним и тем же человеком, то тогда я как лицо, которое подписывает заявку, подтверждаю, что я получил(-а) и в случае необходимости предьявлю письменное разрешение получателя возмещения и страхователя на определённую данной заявкой обработку личных данных.

Узнать больше об обработке личных данных Вы можете [здесь](#), в центре обслуживания клиентов или, отправив письмо на адрес электронной почты manidati@balta.lv.

Осознаю, что выплата страхового возмещения осуществляется только после подачи страхователю всех необходимых документов, которые подтверждают наступление страхового случая и размер возникших в его результате убытков.

I am informed that in case of providing false or misleading information, the refusal to disburse the indemnity and criminal liability, provided for by Section 177 (fraud) or Section 178 (insurance fraud) of the Criminal Law, may arise. I hereby authorize the insurer to request and receive from other legal entities (including medical practitioners, medical institutions, the National Health Service) information regarding the health condition of the insured person and the received medical assistance required for the clarification of the circumstances of the potential insured event. I hereby confirm, that I agree to expert examination by a doctor selected by the Insurer for examination of my health condition in relation to an insurance event. I am informed, that IJSC BALTA as the data controller processes the personal data indicated in the application (including personal data of special categories and personal identification (classification) codes) for the purpose of performance of the insurance contract. In case the recipient of compensation specified in the insurance agreement or insured person is not the same person who signs this application, I, being a natural person who signs this application, hereby acknowledge that I have received, and can present whenever necessary, a written permission from the recipient of compensation and insured person for the processing of personal data under this application.

To learn more about the processing of personal data please visit [here](#), the Client Service Centre or write an e-mail to manidati@balta.lv.

I am aware that the insurance indemnity is disbursed only upon submission of all necessary documents confirming the insured event and the losses incurred as a result thereof to the insurer.

Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzību vēlos saņemt uz / Решение о страховом возмещении хочу получить / I would like to receive the decision on the insurance indemnity to my:

E-pasta adresi / Адрес эл. почты / E-mail address

Pasta adresi / Адрес / Mailing address

Pieteikuma iesniedzējs / Предьявитель заявления / Applicant

Vārds, uzvārds / Имя, фамилия / Name, Surname

Personas kods / Персональный код / Identity No.

Tālrunis / Телефон / Telephone *

Datums / Дата / Date

Paraksts / Подпись / Signature

* Informējam, ka visas tālruna sarunas atlīdzību lietas ietvaros tiek ierakstītas, lai nodrošinātu BALTA pakalpojumu kvalitāti un atbilstību atlīdzības gadījumu izvērtēšanā.

* Сообщаем, что все разговоры о деле по возмещению будут записываться в целях обеспечения качества и соответствия услуг BALTA при рассмотрении случаев возмещения.

* We hereby inform you that all conversations regarding an insurance claim will be recorded to ensure the quality and compliance of BALTA services in the assessment of compensation cases.