



Polises numurs / Номер полиса / Policy number

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

ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS VISPĀRĒJĀS CIVILTIESISKĀS ATBILDĪBAS APDROŠINĀŠANĀ / ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ ПО СТРАХОВАНИЮ ОБЩЕЙ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ / INDEMNITY CLAIM REGARDING GENERAL THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE

I Apdrošinātais / Застрахованный / The insured

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

LV –

Adrese / Адрес / Address

II Atgadījuma apraksts / Описание происшествия / Description of the accident

Atgadījuma datums / Дата происшествия / Date of the accident

Atgadījuma laiks / Время происшествия / Time of the accident

Atgadījuma vieta / Место происшествия / Place of the accident

Atgadījuma apraksts (detalizētu, hronoloģiskā secībā) / Описание происшествия (подробно, в хронологическом порядке) / Description of the accident (in detail, in chronological order)

III Cietusī persona / Потерпевшее лицо / Injured party

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 *

LV –

Adrese / Адрес / Address

IV Cietušanai personai nodarītā zaudējuma veids / Вид убытков, нанесенных пострадавшему лицу /

Type of losses inflicted to the injured party

Miesas bojājumi / Телесные повреждения / Bodily injury

Medicīnas iestāde, ārstējošais ārsts / Медицинское учреждение, лечащий врач /
Medical institution, attending physician

Cita informācija / Другая информация / Other information

Īpašuma bojājumi (bojātā īpašuma nosaukums) / Имущественные повреждения
(название поврежденного имущества) / Damage to the property (name of the damaged property)

Bojājumu vieta / Место повреждения / Place of the damage

Atrašanās vieta / Место / Location

Cita informācija / Другая информация / Other information

Vai cietušai personai ir veselības apdrošināšana? / Есть ли у потерпевшего лица страхование здоровья? / Does the injured party have a health insurance?

Jā / Да / Yes Nē / Нет / No

Vai cietušai personai ir īpašuma (ēkas, mantas, t/l) apdrošināšana? / Есть ли у потерпевшего лица страхование имущества (здания, имущества, т/с) / Does the injured party have property (building, property, vehicle) insurance agreement?

Jā / Да / Yes Nē / Нет / No

Apdrošināšanas sabiedrības nosaukums /
Название страхового общества / Name of the insurance company

Apdrošināšanas sabiedrības nosaukums /
Название страхового общества / Name of the insurance company

Polises Nr. / Номер полиса / Policy number

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

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 *

Vai ir vienošanās ar cietušo par zaudējumu atlīdzināšanu? / Имеется ли соглашение с потерпевшим о возмещении убытков? / Has the agreement on the recovery of losses been reached with the injured party?

Nē / Нет / No

Summa / Сумма / Sum

Vai Jums ir pieprasīta noteikta summa zaudējumu atlīdzināšanai? / Была ли у Вас запрошена определенная сумма для возмещения убытков? / Was a particular sum requested from you for the recovery of losses?

Jā / Да / Yes

Nē / Нет / No

Summa / Сумма / Sum

Vai Jūs uzskatāt, ka prasītā summa ir atbilstoša zaudējuma apmēram? / Считаете ли Вы, что запрошенная сумма соответствует размеру убытков? / Do you consider that the requested sum is commensurate to the losses incurred?

Jā / Да / Yes

Nē (paskaidrojiet – kāpēc) /
Нет (объясните, почему) / No (explain why)

Vai Jums ir noslēgts civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas līgums citā sabiedrībā? / Заключен ли у Вас договор страхования гражданско-правовой ответственности в другом страховом обществе? / Have you concluded a third party liability insurance agreement with another insurance company?

Jā / Да / Yes

Nē / Нет / No

Apdrošināšanas sabiedrības nosaukums, polises Nr., atbildības limits / Название страхового общества, номер полиса, имит ответственности / Name of the insurance company, policy number, liability limit

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 pilnvaroju apdrošinātāju pieprasīt un saņemt no citiem tiesību 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 piekritu 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 persona, kas paraksta šo pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta pieteikumu, apliecinu, ka esmu saņēmis(-usi) un nepieciešamības 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 определенный 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 определенную 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.

Pieteikuma iesniedzējs / Предъявитель 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 atbildību lietas ietvaros tiek ierakstītas, lai nodrošinātu BALTA pakalpojumu kvalitāti un atbilstību atlīdzības gadījumu izvērtēšanai.

* 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.