



Polises numurs / Номер полиса / Policy number

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

## ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANĀ / ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ ПО СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ / INDEMNITY CLAIM REGARDING ACCIDENT INSURANCE

### I Apdrošinātais / Застрахованный / The insured

Vārds, uzvārds / Имя, фамилия / Name, Surname

–     
Personas kods / Персональный код / Identity No. E-pasts / Эл. почта / E-mail Tālrunis / Телефон / Telephone \*

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 raksturs / Характер происшествия / Nature of the accident  Sadzīves trauma / Бытовая травма / Household trauma  Darba trauma / Рабочая травма / Work trauma  CSNg / ДТП / Road traffic accident  Sporta trauma / Спортивная травма / Sports trauma  Cits / Другое / Other

Atgadījuma detalizēts apraksts / Подробное описание происшествия / Detailed description of the 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 \*

### III Pirmā medicīniskā palīdzība / Первая медицинская помощь / Emergency medical aid

Datums / Дата / Date Arstniecības iestāde / Лечебное учреждение / Medical institution

Izsniegta darba nespējas lapa / Выписан больничный лист / Has the work incapacity certificate been drawn up?  Jā / Да / Yes  Nē / Нет / No    
Datums no / Дата с / Date from Datums līdz / Дата до / Date until

Izsniegts / Выдано / Issued

Izraksti / Выписки / Excerpts  (skaits) / (количество) / (quantity)

Čeki, kvītis / Чеки, квитанции / Cash receipts, receipts  (skaits) / (количество) / (quantity)

RTG / Рентгеновские снимки / X-Ray images  (skaits) / (количество) / (quantity)

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

Ja izsniegtos dokumentus nepieciešams atgriezt, lūdzu, norādīt saņemšanas vietu /  
Если выданные документы необходимо вернуть, пожалуйста, укажите место получения /  
If the issued documents need to be returned, please indicate the place of receipt

Čeki, kvītis / Чеки, квитанции / Cash receipts, receipts

RTG / Рентгеновские снимки / X-Ray images

AAS BALTA filiāle / Филиал AAS BALTA / Branch of AAS BALTA

## IV Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa / Выплата страхового возмещения / Insurance indemnity payment

Apdrošināšanas atlīdzību lūdz izmaksāt ar pārskaitījumu / Прошу выплатить страховое возмещение перечислением / Please disburse the insurance indemnity by transfer

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.

Banka / Банк / Bank

IBAN kods / 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 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 piekrišu ekspertīzei pie Apdrošinātāja izvēlēta ārsta veselības stāvokļa pārbaudei saistībā ar apdrošināšanas gadījumu. Esmu informēts, ka AAS BALTA kā datu pārziņis 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](mailto:manidati@balta.lv).

Apzinos, 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](mailto: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 DSC 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](mailto: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.