

Polises numurs / Номер полиса / Policy No.

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



## ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS CEĻOJUMU UN DARĪJUMU BRAUCIENU APDROŠINĀŠANĀ /

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ ПО СТРАХОВАНИЮ ПУТЕШЕСТВИЙ И ДЕЛОВЫХ ПОЕЗДОК / INDEMNITY CLAIM REGARDING TRAVEL INSURANCE AND INSURANCE OF BUSINESS TRIPS

### I Atdrošinātais / 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 vieta / Место происшествия / Place of the accident

Atgadījuma raksturs / Характер происшествия / Nature of the accident

Sadzīves trauma / Бытовая травма / Household trauma

Bagāžas nozaudēšana, bojāšana, aizkavēšana / Утеря, повреждение, задержка багажа / Loss, damage or delay of the baggage

Lidojuma aizkavēšanās / Задержка авиарейса / Flight delay

CSNg / ДТП / Road traffic accident

Akūta saslimšana / Острое заболевание / Acute disease

CTA apdrošinātā darbība/bezdarbība / СГО деятельности/бездействия застрахованного / Third party liability for action/inaction of the insured

Darba trauma / Рабочая травма / Work trauma

Zobārstniecība / Стоматология / Dentistry

Naudas, pases zādzība / Кража денег, паспорта / Theft of money, passport

Ceļojuma atcelšana, pārtraukšana, aizkavēšana / Отмена, прерывание, задержка путешествия / Cancellation, interruption, delay of the trip

Sporta trauma / Спортивная травма / Sports trauma

Cits / Другое / Other

Atgadījuma detalizēts apraksts / Подробное описание происшествия / Detailed description of the accident

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

Datums / Дата / Date

Rēķini (skaits) / Счета (количество) / Invoices (quantity)

Ārstniecības iestāde / Лечебное учреждение / Medical institution

Čeki (skaits) / Чеки (количество) / Checks (quantity)

Kvīti (skaits) / Квитанции (количество) / Receipts (quantity)

Citi dokumenti (skaits) / Другие документы (количество) / Other documents (quantity)

Datums / Дата / Date

Summa, valūta / Сумма, валюта / Sum, currency

Apmaksāts / Оплачено / Paid  Jā / Да / Yes  Nē / Нет / No

Datums / Дата / Date

Summa, valūta / Сумма, валюта / Sum, currency

Apmaksāts / Оплачено / Paid  Jā / Да / Yes  Nē / Нет / No

Datums / Дата / Date

Summa, valūta / Сумма, валюта / Sum, currency

Apmaksāts / Оплачено / Paid  Jā / Да / Yes  Nē / Нет / No

Datums / Дата / Date

Summa, valūta / Сумма, валюта / Sum, currency

Apmaksāts / Оплачено / Paid  Jā / Да / Yes  Nē / Нет / No

Datums / Дата / Date

Summa, valūta / Сумма, валюта / Sum, currency

Apmaksāts / Оплачено / Paid  Jā / Да / Yes  Nē / Нет / No

Datums / Дата / Date

Summa, valūta / Сумма, валюта / Sum, currency

Apmaksāts / Оплачено / Paid  Jā / Да / Yes  Nē / Нет / No

## 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 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 pilnvaroju apdrošinātāju pieprasīt un saņemt no citiem tiesību subjektiem (tai skaitā arī 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 sakarā ar apdrošināšanas gadījumu. Ar šo apliecinu, ka atļauju AAS Balta, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram, apstrādāt manus personas datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi, saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīviem aktiem. Apzinot, 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 разрешаю AAS Balta как заведующему системой и оператору личных данных, обрабатывать мои личные данные, в том числе чувствительные личные данные и персональные идентификационные (классификационные) коды с целью обеспечения выполнения договора страхования в соответствии с Законом о защите личных данных физических лиц и другими нормативными актами ЛР. 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 undergo a medical examination at the doctor-specialist selected by the Insurer in relation with the insured event. I hereby confirm that I authorize AAS Balta, being the system administrator and personal data operator, to process my personal data, including sensitive personal data and personal identification (classification) codes to ensure the performance of the insurance contract under the Personal Data Protection Law and other legislative enactments of the Republic of Latvia. 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 / Предъявитель заявления / Applicant

Vārds, uzvārds / Имя, фамилия / Name, Surname

Tālrunis / Телефон / Telephone

Datums / Дата / Date

Personas kods / Персональный код / Identity No.

Paraksts / Подпись / Signature