



LR iebraucošo personu apdrošināšana

Iesniegums atlīdzības saņemšanai veselības apdrošināšanā LR iebraucošajām personām

Заявление на получение возмещения по страхованию здоровья для лиц, въезжающих в Латвийскую Республику

Application for claiming insurance indemnity in health insurance for persons entering the Republic of Latvia

Lūdzu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību sakarā ar apdrošināšanas gadījumu

Прошу выплатить страховое возмещение в связи с наступлением страхового случая

Please pay the insurance indemnity with regard to the insurable event

Aizpilda apdrošinātājs | Заполняет страховщик | To be filled by the Insurer

Polises Nr. Номер полиса Policy No	Atlīdzību lietas numurs Номер дела Number of the insurance claim
--	--

Pieteikuma iesniedzējs Заявитель Claimant	Vārds Имя Name	Uzvārds Фамилия Surname
Personas kods Персональный код Personal ID No	Adrese Адрес Address	
Pasta indekss Почтовый индекс Postcode	Tālrunis Телефон Telephone	E-pasts Эл.почта E-mail

Apdrošinātā persona Застрахованное лицо Insured person	Vārds Имя Name	Uzvārds Фамилия Surname
Personas kods Персональный код Personal ID No	Adrese Адрес Address	
Pasta indekss Почтовый индекс Postcode	Tālrunis Телефон Telephone	E-pasts Эл.почта E-mail

Apdrošināšanas gadījuma dati | Сведения о страховом случае | Information on the insurable event

Datums Дата Date	Laiks Время Time	Vieta Место Place
----------------------	----------------------	-----------------------

Apdrošināšanas gadījuma apstākļi | Обстоятельства страхового случая | Circumstances of the insurable Event

<input type="checkbox"/> Pēkšņa saslimšana Внезапное заболевание Sudden illness	<input type="checkbox"/> Nāve Смерть Death	<input type="checkbox"/> Cits Другое Other
Apraksts Описание Description		

Kam pārskaitīt naudu | Кому перечислить деньги | To whom the money shall be transferred

<input type="checkbox"/> Apdrošinātai personai Застрахованному лицу Insured person	<input type="checkbox"/> Citai personai Иному лицу Other person
Vārds Имя Name	Uzvārds Фамилия Surname
Personas kods Персональный код Personal ID No	Pilnvaras nr. Номер доверенности No of the Power of Attorney
Konta numurs Номер счета Account number	

Iesniegti šādi dokumenti* | Представлены следующие документы* | Submitted documents*

1	2	3
Summa (EUR) Сумма (EUR) / Amount (EUR)		

* Ja tiek iesniegti maksājumus apliecināšie dokumenti, tad ir jānorāda to kopējā summa
* При предоставлении платёжных документов, необходимо указать общую сумму
* If the payment documents are submitted, the total amount shall be indicated

Iesniedzējs ir informēts, ka gadījumā, ja iesniegumā uzrādītā informācija neatbilst reālajai situācijai, ADB "Gjensidige" Latvijas filiāle ir tiesīga atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.

Ar šo apliecinu, ka atļauju ADB "Gjensidige" Latvijas filiālei, kā sistēmas pārziņim un personas datu operatoram, pieprasīt, saņemt un apstrādāt Apdrošinātās personas datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar "Fizisko personu datu aizsardzības likumu" un citiem LR normatīvajiem aktiem.

Заявитель проинформирован о том, что в случае несоответствия представленной в заявлении информации реальной ситуации, Латвийский филиал ADB "Gjensidige" вправе отказать в выплате страхового возмещения.

Подтверждаю, что для обеспечения предоставления страховых услуг, Латвийский филиал ADB "Gjensidige", как управляющий системой обработки данных, имеет право запрашивать, получать и обрабатывать личные данные Застрахованного лица в соответствии с законом „О защите персональных данных физических лиц“, а также другими нормативными актами Латвийской Республики.

Submitter is informed in case the information indicated in the insurance claim does not correspond to the real situation, ADB "Gjensidige" Latvian branch shall be entitled to refuse the payment of the insurance indemnity.

Hereby I certify that I allow ADB "Gjensidige" Latvian branch, as the manager of the system and operator of the personal data, to process data of Insured person, including sensitive personal data and personal identification numbers, for the purpose to ensure the fulfilment of the insurance contract in compliance with the Data Protection Act and other regulations of the Republic of Latvia.

Vārds Имя Name	Uzvārds Фамилия Surname
Paraksts Подпись Signature	Datums Дата Date