



OCTA personai nodarītie zaudējumi

Iesniegums atlīdzības saņemšanai CSNg personas veselībai nodarīto zaudējumu apdrošināšanā

Заявление на получение страхового возмещения, причинённого здоровью лица при дорожно-транспортном происшествии

Application for the insurance indemnity under personal injury insurance after a road traffic accident

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
CSNg iesaistītā transportlīdzekļa marka Персональный код Personal ID No	Valsts Nr. Государство No Country No

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

Cietusī persona

Пострадавшего | Injured 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

Ceļu satiksmes negadījuma dati | Сведения о дорожно-транспортном происшествии | Information on the road traffic accident

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

Apraksts | Описание | Description

Personas veselībai nodarītie zaudējumi | Ущерб, причинённый здоровью лица | Damage to the person's health

Cietušā ārstēšana

Лечение пострадавшего | Treatment of the victim

Morālais kaitējums

Моральный ущерб | Emotional distress

Cietušās personas nāve

Смерть пострадавшего лица | Death of the victim

Darbspēju paliekošs zudums

Потеря трудоспособности | Disability/victim

Pārejoša darbnespēja

Временная нетрудоспособность | Temporary disability/victim



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

Apdrošinātai personai | Застрахованному лицу | Insured person

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 atteikt izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.

Ar šo apliecinu, ka atļauju ADB "Gjensidige" Latvijas filiālei, kā sistēmas pārzinim 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