



Ceļojumu apdrošināšana

Iesniegums atlīdzības saņemšanai veselības apdrošināšanā no LR izbraucošajām personām (April Lietuva Assistance)

Заявление на получение возмещения по страхованию здоровья для лиц, выезжающих за пределы ЛР

Application for the insurance indemnity under health insurance for the persons travelling outside 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

Valsts | Состояние | Country

Notikuma raksturs

Характер происшествия | Type of event

Bagāžas aizkavēšanās

Задержка багажа | Baggage delay

Lidojuma aizkavēšanās

Задержка вылета | Flight delay

Pēkšņa saslimšana

Внезапное заболевание | Sudden illness/delay

СТА

Гражданско-правовая ответственность | Third party liability

Notikuma apraksts | Описание происшествия | Description of the event

Saskaņots ar UAB "April Lietuva Assistance" | Сoгласовано с UAB "April Lietuva Assistance" | Consent by UAB "April Lietuva Assistance"

Jā | Да | Yes

Datums | Дата | Date

E-pasts | Эл.почта | E-mail

Nē | Нет | No

Iemesls | Причина | Reason

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

Apdrošinātai personai | Застрахованному лицу | Insured person

Cītai 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 maksājumu apliecinājošie 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