



Veselības apdrošināšana

Iesniegums atlīdzības saņemšanai | Заявление на получение возмещения по страхованию здоровья
Application for claiming insurance indemnity in health insurance

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
Darba vietas nosaukums Название места работы Place of work	

Apdrošinātā persona

Застрахованное лицо | Insured person

Vārds Имя Name	Uzvārds Фамилия Surname
Personas kods Персональный код Personal ID No	Tālrunis Телефон Telephone

Informāciju, kas saistīta ar veselības apdrošināšanas līguma izpildi, vēlos saņemt uz

Информацию, имеющую отношение к исполнению договора страхования здоровья, желаю получить на

I would like to receive the information related to the execution of health insurance contract to

E-pasta adresi Эл.почта E-mail address	Pasta adresi (korespondences adrese) Адрес Address
--	--

Saņemtie veselības apdrošināšanas pakalpojumi | Полученные услуги страхования здоровья | Health insurance services received

Pakalpojums Услуга Service	Maksājuma dokumentu skaits Количество платежных документов Number of payment documents	Summa Сумма Amount	Iesniegti šādi dokumenti Представлены следующие документы Submitted documents
Ārstēšanās izdevumi Расходы на лечение Medical expenses			
Medikamenti Лекарство Medication			
Citi Другое Other			

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	

Apiecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga. Saprotu, ka ADB "Gjensidige" Latvijas filiāle sniegto informāciju var pārbaudīt un nepatiesas vai maldinošas informācijas sniegšanas gadījumā var tikt atteikta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa un persona var tikt saukta pie atbildības normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

ADB "Gjensidige" Latvijas filiāle apstrādā Jūsu sniegtos personas datus, tajā skaitā īpašu kategoriju datus, nolūkā nodrošināt apdrošināšanas atlīdzības lietas izskatīšanu. Detalizēta informācija par personas datu apstrādes principiem ir pieejama interneta vietnē www.gjensidige.lv/privatums.

I hereby confirm that all the provided information is true, complete and accurate. I am aware that ADB "Gjensidige" Latvian branch may verify the submitted information and in the event of false or misleading information the insurance indemnity may be refused and in such event I may be called to justice in accordance with the procedure stipulated in the legal enactments of the Republic of Latvia.

ADB "Gjensidige" Latvian branch processes the personal data submitted by you, including data of special categories, in order to ensure the handling of insurance claims. More detailed information on the principles for data processing is available at the website www.gjensidige.lv/privatums.

Удостоверяю, что предоставленная информация является достоверной и полной. Понимаю, что Латвийский филиал ADB «Gjensidige» может проверить предоставленную информацию, и в случае предоставления недостоверной или ложной информации мне может быть отказано в выплате страхового возмещения и лицо может быть привлечено к ответственности в порядке, установленном нормативными актами.

Латвийский филиал ADB «Gjensidige» обрабатывает предоставленные Вами личные данные, в том числе данные особой категории, с целью обеспечения рассмотрения дела о выплате страхового возмещения. Подробная информация о принципах обработки личных данных доступна на интернет-странице www.gjensidige.lv/privatums.

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