



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	

Апdrošinātā 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

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

Апdrošinātā 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 augstāk 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 LR normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Atļauju ADB "Gjensidige" Latvijas filiālei apstrādāt manus personas datus, tajā skaitā sensitīvos personas datus, kas saistīti ar manu veselību, pieprasīt un saņemt tos no trešajām personām (valsts un pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām), ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem. Esmu informēts, ka man ir tiesības atsaukt atļauju apstrādāt manus personas datus un apziņos, ka tādā gadījumā apdrošinātājam ir tiesības atteikties pieteikto zaudējumu atlīdzināšanu.

Piekrītu saņemt tiešā mārketinga paziņojumus un informāciju par apdrošinātāja sniegtajiem pakalpojumiem rakstveidā vai telefoniski, tajā skaitā e-pasta vēstu un īsziņu veidā. Esmu informēts, ka šo piekrišanu ir iespējams jebkurā laikā atsaukt, informējot par to ADB "Gjensidige" Latvijas filiāli.

Подтверждаю, что предоставленная выше информация является достоверной и полной. Понимаю, что Латвийский филиал ADB «Gjensidige» может проверить предоставленную информацию и в случае предоставления информации, которая не является достоверной или вводит в заблуждение, может быть отказано в выплате страхового возмещения и лицо может быть призвано к ответственности в порядке, установленном нормативными актами ЛР.

Разрешаю Латвийскому филиалу ADB «Gjensidige» обрабатывать мои личные данные, в том числе чувствительные личные данные, связанные с моим здоровьем, запрашивать и получать такие данные от третьих лиц (государственных учреждений и органов самоуправления, физических и/или юридических лиц) с целью обеспечить выполнение договора страхования в соответствии с законом «О защите данных физических лиц» и других нормативных актов ЛР. Проинформирован(-а), что я вправе отозвать разрешение на обработку моих личных данных, и осознаю, что в таком случае страховщик вправе отказать в возмещении заявленных убытков.

Согласен(-на) получать сообщения прямого маркетинга и информацию о предоставляемых страховщиком услугах в письменном виде или по телефону, в том числе в форме электронных писем и коротких сообщений. Проинформирован(-а) о том, что данное согласие можно в любое время отозвать, сообщив об этом Латвийский филиал ADB «Gjensidige».

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.

Hereby I confirm that I give a permission to ADB "Gjensidige" Latvian Branch to process my personal data related to my health including sensitive personal data, to request and receive them from the third parties (state and municipal institutions, private individuals and/or legal entities) to ensure the execution of the Insurance Contract in accordance with the Personal Data Protection Law and other laws and legal enactments of the Republic of Latvia. I am informed that I am entitled to withdraw my permission to process my personal data and I am aware that in such event the Insurer is entitled to refuse the reimbursement of the submitted expenses.

I agree to receive direct marketing messages on the services provided by the Insurer in writing or by telephone, including via e-mails and text messages. I am informed that I can withdraw this consent any time by informing ADB "Gjensidige" Latvian Branch.

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