



## 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/the victim

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

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

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

1	2	3
<b>Summa (EUR)</b>   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.

<b>Vārds</b>   Имя   Name	<b>Uzvārds</b>   Фамилия   Surname
<b>Paraksts</b>   Подпись   Signature	<b>Datums</b>   Дата   Date