

Polises numurs / Номер полиса / Policy number



ATLĪDZĪBAS PIETEIKUMS PAR SĒJUMIEM NODARĪTIEM ZAUDĒJUMIEM / ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ УБЫТКОВ, ПРИЧИНЕННЫХ ПОСЕВАМ / INDEMNITY APPLICATION FOR DAMAGES CAUSED TO THE CROPS

I Apdrošinātā objekta īpašnieks / Собственник объекта страхования / Owner of the insured object

Vārds, uzvārds / Uzņēmuma nosaukums / Имя, фамилия / Название предприятия / Name, Surname / Company name

Personas kods / Uzņēmuma vien. reģ. Nr. / Персональный код / Единый рег. № предприятия / Identity No. / Company Reg. No.

Tālrunis / Телефон / Telephone *

E-pasts / Эл. почта / E-mail

LV –

Adrese / Адрес / Address

II Atgadījuma apraksts / Описание происшествия / Description of the accident

Atgadījuma atklāšanas datums / Дата обнаружения убытка / Discovery date

Atgadījuma laiks / Время происшествия / Time of the accident

Atgadījuma vieta / Место происшествия / Place of the accident

Kontaktpersona, tālruna Nr. / Контактное лицо, номер телефона / Contact person, telephone number

Atgadījuma apraksts (detalizēti, hronoloģiskā secībā, norādot atgadījuma cēloni, bojātā lauka LAD ID, bojājumu platību (ha), Augu kultūras nosaukumu un bojājumu aprakstu /
Описание происшествия (детально, в хронологическом порядке, с указанием: причин происшествия, LAD ID поврежденного поля, поврежденной площади (га), поврежденных культур и характера повреждений) /
Incident description (detailed, in chronological order, specifying the cause of the incident, providing the LAD ID of the field, damaged area (ha), damaged crops and damage characteristics)

Vai saimniecībā cietuši lauki, kuri apdrošināti arī citā sabiedrībā? / В хозяйстве повреждены поля, которые также застрахованы в другой компании? /
Are there damaged fields in the farm, which are insured by another company?

Jā / Да / Yes

Nē / Нет / No

Sabiedrības nosaukums, polises Nr., līguma darbības periods, apdrošinājuma summa / Название общества, номер полиса, период действия договора, страховая сумма /
The name of the company, policy number, the effective period of the agreement, sum insured

III Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa / Выплата страхового возмещения / Insurance indemnity payment

Apdrošināšanas atlīdzību lūdz izmaksāt ar pārskaitījumu / Прошу выплатить страховое возмещение перечислением / Please disburse the insurance indemnity by transfer

Vārds, uzvārds / Uzņēmuma nosaukums / Имя, фамилия / Название предприятия / Name, Surname / Company name

Personas kods / Uzņēmuma vien. reģ. Nr. / Персональный код / Единый рег. № предприятия / Identity No. / Company Reg. No.

Banka / Банк / Bank

IBAN kods / Номер счета IBAN / IBAN account

Esmu informēts, ka par nepatiesu vai maldinošu ziņu sniegšanu iespējams atlīdzības atteikums un var iestāties Krimināllikuma 177. pantā (krāpšana) vai 178. pantā (apdrošināšanas krāpšana) paredzētā kriminālatbildība. Esmu informēts, ka AAS BALTA kā datu pārzinis apstrādā pieteikumā norādītos personas datus (tajā skaitā īpašu kategoriju personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus) ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi. Gadījumā, kad apdrošināšanas līgumā noteiktais atlīdzības saņēmējs vai apdrošinātais un persona, kas paraksta šo pieteikumu nav viena un tā pati, tad es kā persona, kas paraksta pieteikumu, apliecinu, ka esmu saņēmis(-usi) un nepieciešamības gadījumā uzrādīšu atlīdzības saņēmēja un apdrošinātā rakstisku atļauju šajā pieteikumā noteiktajai personas datu apstrādei.

Uzzināt vairāk par personas datu apstrādi varat BALTA mājaslapās sadaļā "Par mums" [šeit](#), klientu apkalpošanas centrā vai rakstot uz elektroniskā pasta adresi manidati@balta.lv.

Apziņos, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta tikai pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un tā rezultātā radušos zaudējumu apmēru, iesniegšanas apdrošinātājam.

Я проинформирован, что в случае предоставления недостоверных или вводящих в заблуждение сведений возможен отказ в выплате возмещения и может наступить уголовная ответственность, предусмотренная статьей 177 (мошенничество) или статьей 178 (мошенничество при страховании) Уголовного закона. Я проинформирован, что CAO BALTA, как контроллер данных, обрабатывает указанные в заявке персональные данные (включая персональные данные особой категории и коды личной идентификации (классификации) с целью обеспечения выполнения договора страхования. В случае, когда определенный в страховом договоре получатель возмещения или страхователь и лицо, которое подписывает настоящую заявку, не являются одним и тем же человеком, то тогда я как лицо, которое подписывает заявку, подтверждаю, что я получил(-а) и в случае необходимости предъявлю письменное разрешение получателя возмещения и страхователя на определенную данной заявкой обработку личных данных.

Узнать больше об обработке личных данных Вы можете [здесь](#), в центре обслуживания клиентов или, отправив письмо на адрес электронной почты manidati@balta.lv.

Осознаю, что выплата страхового возмещения осуществляется только после подачи страхователем всех необходимых документов, которые подтверждают наступление страхового случая и размер возникших в его результате убытков.

I am informed that in case of providing false or misleading information, the refusal to disburse the indemnity and criminal liability, provided for by Section 177 (fraud) or Section 178 (insurance fraud) of the Criminal Law, may arise. I am informed, that IJSC BALTA as the data controller processes the personal data indicated in the application (including personal data of special categories and personal identification (classification) codes) for the purpose of performance of the insurance contract. In case the recipient of compensation specified in the insurance agreement or insured person is not the same person who signs this application, I, being a natural person who signs this application, hereby acknowledge that I have received, and can present whenever necessary, a written permission from the recipient of compensation and insured person for the processing of personal data under this application.

To learn more about the processing of personal data please visit [here](#), the Client Service Centre or write an e-mail to manidati@balta.lv.

I am aware that the insurance indemnity is disbursed only upon submission of all necessary documents confirming the insured event and the losses incurred as a result thereof to the insurer.

Pieteikuma iesniedzējs / Предъявитель заявления / Applicant

Vārds, uzvārds / Имя, фамилия / Name, Surname

Personas kods / Персональный код / Identity No.

Tālrunis / Телефон / Telephone *

Datums / Дата / Date

Paraksts / Подпись / Signature

* Informējam, ka visas tālruna sarunas atlīdzību lietas ietvaros tiek ierakstītas, lai nodrošinātu BALTA pakalpojumu kvalitāti un atbilstību atlīdzības gadījumu izvērtēšanā.

* Сообщаем, что все разговоры о деле по возмещению будут записываться в целях обеспечения качества и соответствия услуг BALTA при рассмотрении случаев возмещения.

* We hereby inform you that all conversations regarding an insurance claim will be recorded to ensure the quality and compliance of BALTA services in the assessment of compensation cases.