|  |
| --- |
|  |
| **Nelaimes gadījumu apdrošināšanas paziņojums par zaudējumiem** **Personal Accident Reporting Form****Apdrošināšanas polise/ Policy** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Apdrošināšanas polise numurs BPA-0437002Policy number | Apdrošinātājs AXIS Lloyd´s Syndicate Insurer |
| Apdrošināšanas periods no 2022.06.21 00:00 līdz 2023.06.20 24:00Period of insurance  |
| **Cietusī persona/ Injured person** |
| Vārds      Name | Uzvārds      Surname |
| Personas kods      Personal ID |
| Adrese      Address |
| Telefons      Phone number | El. pasta adrese      E-mail |
| **Nelaimes gadījums / Accident** |
| Datums       Laiks      Date and time of accident |
| Nelaimes gadījuma vieta (apraksts un adrese)      Place of accident (description and address) |
| Nelaimes gadījuma apstākļi      Circumstances of the accident |
| Vai cietusī persona nelaimes gadījuma laikā bija skaidrā prātā (nebija alkohola reibumā) [ ]  Jā [ ]  NeWas the injured person sober/ not alcohol intoxicated during the accident? Yes No  |
| **Medicīnas dati/ Medical data** |
| Diagnoze      Diagnosis |
| Ārstniecības iestādes apmeklējuma datums      Date of visiting the hospital |
| Ārstniecības iestādes nosaukums       Hospital name |
| Ārstniecības iestādes adrese       Hospital address |
| Lūdzu, norādiet Jūsu ģimenes ārsta prakses nosaukumu un adresi:Please write the name and address of your General practice clinic nosaukums/ name      adrese/ address       |
| **Atlīdzības saņēmējs/ Insurance beneficiary** |
| Vārds      Name | Uzvārds      Surname |
| **Atlīdzības saņēmēja bankas konta numurs** (IBAN)      Beneficiary’s bank account (IBAN) |
| Bankas SWIFT (BIC) kods      Bank SWIFT (BIC) code |
| Ja atlīdzības saņēmējs ir norādīts apdrošināšanas līgumā, tad atlīdzības saņemšanai nepieciešams iesniegt cietušās personas vai viņa juridiško pārstāvju pilnvarojumu un citus nepieciešamos dokumentus.If a Beneficiary is appointed under the insurance contract, the Beneficiary shall be also required to provide permition of injured person or his legal representatives and other necessary documentation. |
|  |
| **Dokumentu iesniegšana/ Providing of documents** |
| Medicīnisko un citu dokumentu oriģināli, kas saistīti ar negadījumu, jāuzrāda Apdrošinātājam pēc atlīdzības pieteikuma iesniegšanas.Originals of medical and other documentation related to the event should be provided to Insurer after claim notification was made.  |
| Apdrošinātājas, pēc saviem ieskatiem, var pieprasīt citus dokumentus, kas nepieciešami, lai noteiktu faktus, cēloņus, apstātakļus un sekas apdrošināšanas gadījumam un izmaksātu apdrošināšanas atlīdzību. The Insurer may, at its own discretion, request other documents required to determine the fact, causes, circumstances and consequences of an insured event and the insurance benefit to be paid.  |
| Visiem origināliem dokumentiem jābūt iesniegtiem vai nosūtītiem pa pastu uz juridisko adresi AB Baltic Underwriting Agency pēc adreses Kęstučio g. 59, Vilnius 08124, Lietuva.All original documentation shall be provided or send by registered post to Baltic Underwriting Agency, AB, Kestucio str. 59, Vilnius 08124, Lithuania. |
| Piekrītu, ka Baltic Underwriting Agency, AB ir pilnvarots ievākt visus nepieciešamos personas datus, lai izmeklētu negadījumu. Parakstot pieteikumu, es apliecinu, ka esmu informēts, ka Fizisko personu datu aizsardzības likumu letvaros man ir tiesības nepiekrist.I agree that Baltic Underwriting Agency, AB is appointed to collect all neccesary personal data in order to investigate the accident. This is to confirm that I am fully aware that there is possibility in [Law on Legal Protection of Personal Data](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435305) law do not agree.  |

 |
|

|  |
| --- |
|  **Paziņojumu aizpildījaForm completed by** |
| [ ]  Cietušais [ ]  Cita persona Injured person himself Other person |
| Vārds      Name |
| Uzvārds      Surname |
| Telefons      Phone number |
| El. pasta adrese      E-mail |

 |

**Paraksts** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature

**Datums** / Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jūsu izmaksu lietai tiks nozīmēts eksperts, kura kontaktinformācija tiks nosūtīta uz Jūsu norādīta e-pasta adresi.
We will dedicate an expert for your claim and inform you by your specified email.