

KREDĪTŅĒMĒJA DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANA BEZ LĪDZEKĻU UZKRĀŠANAS

APDROŠINĀŠANAS PIETEIKUMS



Datums ____ / ____ / ____ Pieteikuma Nr. ____ Vieta ____

APDROŠINĀTAIS

 Vārds, uzvārds _____ Sieviete Vīrietis Rezidents Nerezidents

Personas kods _____ Tālrunis (mājas/mobilais) _____ Tālrunis (darba) _____

Deklarētā adrese _____ LV - _____

Korespondences adrese _____ LV - _____

Ieņemamais amats/Profesija _____ Nozare _____ E-pasts _____

Vidējie mēneša ienākumi pēc nodokļu atskaitījuma _____ Nor. konta Nr. _____

LABUMA GUVĒJI

 Labuma guvēja radniecība
vai saistība ar apdrošināto

 1. Vārds, uzvārds/
Nosaukums _____ Personas kods/
Reģ. Nr. _____ Daļa (%) _____ Neatmaksātā
aizdevuma apmērā _____

 2. Vārds, uzvārds _____ Personas kods _____ Daļa (%) _____ Atlikušās atlīdzības
apmērā _____

APDROŠINĀŠANAS TERMIŅŠ

 gadi Vēlamais apdrošināšanas sākuma datums _____

APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJAS MAKSĀŠANAS PERIODS

 mēnesis ceturksnis pusgads gads

DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI Nr. 141.012

APDROŠINĀJUMA SUMMA, APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA, VALŪTA

Ja apdrošinājuma summa nav vienāda apdrošināšanas termiņa sākumā un termiņa beigās, tad apdrošinājuma summa un apdrošināšanas prēmija mainās saskaņā ar grafiku (sk. tabulu Pielikumā)

Apdrošinājuma summa termiņa sākumā _____ Apdrošinājuma summa termiņa beigās _____ Apdrošināšanas prēmija _____

NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANA

 Vēlos Nelaiemes gadījumu papildapdrošināšanu

 Nevēlos Nelaiemes gadījumu papildapdrošināšanu

Nelaiemes gadījumu papildapdrošināšanas noteikumi Nr. 121.023

NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANAS VEIDS

 A- nāve

 B- nāve, invaliditāte

 E- nāve, invaliditāte,
ārstēšanās slimnīcā

 D- nāve, invaliditāte, ārstēšanās
slimnīcā, darba nespēja

 T- nāve, invaliditāte,
traumu tabula*

*Atlīdzību nosaka pēc "Atlīdzību aprēķināšanas tabulas"

NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANAS APDROŠINĀJUMA SUMMA, VALŪTA

 Apdrošinājuma summa pirmajā
apdrošināšanas gadā _____

 Apdrošinājuma summa pēdējā
apdrošināšanas gadā _____

KOPĒJĀ APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA

NORĒĶINI

 Maksājumu atgādinājumus sūtīt pa pastu sūtīt pa e-pastu* nesūtīt

 Noslēgt automātiskā maksājuma (Itella) līgumu Noslēgt regulārā maksājuma līgumu ar maksājumu mēneša _____ datumā

ĪPAŠIE NOTEIKUMI

Pieteikuma turpinājums lapas otrā pusē

Apdrošinātais/Apdrošinājumaņēmējs:

Apdrošinātāja pārstāvis:

Paraksts _____

Paraksts _____

ĪPAŠIE NOTEIKUMI

Aizpildiet, ja neesat iesniedzis Veselības un nodarbošanās deklarāciju

Apliecinu, ka apdrošināšanas pieteikuma iesniegšanas brīdī man nav piešķirta invaliditātes grupa, nav diagnosticēts vēzis, audzējs vai citas onkoloģiskas saslimšanas, nav sirds vai asinsvadu saslimšanas, nav cukura diabēts.

Apliecinu, ka nenodarbojos ar paaugstināta riska sporta veidiem vai vaļaspriekiem, piemēram, autosportu, niršanu ar elpošanas aparātiem vai izpletņlēcšanu.

Jā, apliecinu Nevaru apliecināt (šajā gadījumā lūdzam aizpildīt Veselības un nodarbošanās deklarāciju, kas ir neatņemama šī apdrošināšanas pieteikuma sastāvdaļa)

Informācija:

Pieteikuma aizpildīšana neuzliek saistības ne apdrošinājumaņēmējam slēgt apdrošināšanas līgumu, ne apdrošinātājam izmaksāt atlīdzību. Apdrošināšanas līgums uzskatāms par noslēgtu tikai tad, kad apdrošinātājs un apdrošinājumaņēmējs ar saviem parakstiem apstiprinājuši apdrošināšanas līgumu. Pirmā apdrošināšanas prēmija jāsamaksā 14 dienu laikā pēc apdrošināšanas polises izdošanas dienas. Apdrošināšana stājas spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā datumā, bet ne ātrāk kā pēc pirmās apdrošināšanas prēmijas iemaksas apdrošinātāja kontā.

Ja apdrošināmā persona ir pakļauta paaugstinātam riskam, apdrošinātājs var paaugstināt prēmijas apmēru. Apdrošinājumaņēmējs apliecina, ka piekrit apdrošinātāja noteiktai apdrošināšanas prēmijai, parakstot apdrošināšanas polisi.

* Reķini tiek sūtīti, izmantojot neaizsargātu datu kanālu - e-pastu.

Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātais, parakstot šo apdrošināšanas pieteikumu:

apliecina, ka sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga. Ar apdrošināšanas noteikumiem ir iepazinies, tos saprot un tiem piekrīt, kā arī ir informēts, ka šis apdrošināšanas pieteikums ir neatņemama apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.

Ar šī pieteikuma parakstīšanas brīdī apdrošinātais piekrīt, ka ārstniecības iestādes un ārstniecības personas sniedz informāciju AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana" par apdrošinātā veselības stāvokli un medicīnisko aprūpi.

Apliecina, ka atļauj AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana", reģ. Nr. 40003012938, Antonijas ielā 9, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram apstrādāt personas datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīviem aktiem.

Parakstot šo pieteikumu, klients piekrīt, ka AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana" nodod un saņem klienta personas datus no AS "SEB banka" un citiem tās meitas uzņēmumiem (SIA "SEB lizings", AS "SEB atklātais pensiju fonds", ieguldījumu pārvaldes IP AS "SEB Wealth Management" u.c.) ar mērķi nodrošināt AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana", AS "SEB banka" un citu to meitas uzņēmumu pakalpojumu sniegšanu klientam.

Apdrošinātais/Apdrošinājumaņēmējs:

Paraksts _____

Vārds, uzvārds _____

Apdrošinātāja pārstāvis:

Paraksts _____

Vārds, uzvārds _____

Kods _____

Filiāle, tālrunis _____

Sadarbībā ar

Vārds, uzvārds _____

Kods _____

Komentāri _____

Aizpilda apdrošinātāja pārstāvis

Apdrošināšana ir saskaņota ar aizdevuma līgumu: Jā Nē Procentu likme _____ %

Cita informācija

AIZPILDA RISKĀ NOVĒRTĒTĀJS

Riska novērtētāja vērtējums

Vārds, uzvārds _____ Paraksts _____ Datums _____ / _____ / _____