

ĪPAŠIE NOTEIKUMI

Aizpilda apdrošinātais, ja nav 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.

Pamatojoties uz apdrošinātāja izstrādātajiem tarifiem un atbilstoši apdrošinājuma summai, apdrošinātājs nosaka dzīvības riska un, ja apdrošināšanas pieteikums to paredz, papildapdrošināšanas prēmijas apmēru, ko norāda apdrošināšanas polisē.

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

Apdrošinājumaņēmēja/Apdrošinātā apliecinājums

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātājs 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.

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātājs piekrīt, ka AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana" rēķinus, RTR pakalpojuma un citus paziņojumus nosūta izmantojot neaizsargātu datu kanālu e-pastu.

Parakstot šo pieteikumu, apdrošinājumaņēmējs/apdrošinātājs apliecina, ka ir informēts par to, ka tiesību akti neparedz izmaksas no apdrošināto aizsardzības fonda par par apdrošināšanas līgumu, saskaņā ar šajā pieteikumā norādītajiem apdrošināšanas noteikumiem Nr.101.060.

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinātājs pilnvaro AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana" pieprasīt un saņemt informāciju no ārstniecības iestādēm un ārstniecības personām par Apdrošinātā veselības stāvokli un medicīnisko aprūpi apdrošināšanas līguma noslēgšanai un apdrošināšanas līguma saistību nodrošināšanai un izpildei.

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātājs piekrīt, ka AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana", reģ. Nr. 40003012938, Antonijas ielā 9, Rīga, kā sistēmas pārzinis un personas datu operators apstrādā 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 Latvijas Republikas normatīviem aktiem.

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātājs piekrīt, ka AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana" nodod personas datus AS "SEB banka" un tās saistītiem uzņēmumiem, informācijas tai skaitā komerciālu paziņojumu saņemšanai, kuri nodoti cita starpā arī e-pasta vēstule mobilo sakaru izziņu veidā, par AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana", mātes uzņēmuma AS "SEB banka" un tās saistīto uzņēmumu esošajiem un nākamajiem pakalpojumiem.

Apdrošinātājs/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 _____ / _____ / _____