

APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds _____ Personas kods _____

sievietē vīrietis precējies(-usies) neprecējies(-usies) šķīries(-usies) atraitis(-e) Tālrunis _____

Ja atbildei nepietiek vietas pieteikumā, lūdzam izmantot lapas otru pusi, norādot jautājuma punktu. Uz visiem jautājumiem ir jāsniedz atbilde.

Lūdzam apdrošināmo personu sniegt atbildes un komentārus par sekojošo:

1.	Jūsu darba pienākumi (administratīvais darbs, autovadīšana, ceļojumi, pārbraucieni, fizisks darbs (norādiet, kāds))?		Lūdzu aprakstiet
2.	Vai Jūsu profesijā ir paaugstināts risks: radioaktīvs izstarojums, eksplozija, elektroiekārtas, indīgas vielas, darbs lielā augstumā u.tml.?)	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Lūdzu norādiet, kāds tieši
3.	Vai Jūs nodarbojaties vai paredzat nodarboties ar sportu (ar auto, motosportu, niršanu ar elpošanas aparātiem, alpīnismu, jāšanas sportu vai ar citu sporta veidu)?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Lūdzu norādiet sporta veidus un cik bieži nodarbojaties, vai piedalīties sacensībās (norādiet sacensību veidu)
4.	Vai Jūsu vaļasprieki ir saistīti ar paaugstinātu bīstamību (medības, izpletņu lēkšana u.tml.)?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Lūdzu norādiet, ar kādu un cik bieži
5.	Vai šobrīd Jums ir spēkā esoša dzīvības vai nelaimes gadījumu apdrošināšanas polise?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Lūdzu norādiet apdrošināšanas veidu, summu, apdrošināšanas sabiedrību, polises darbības periodu
6.	Vai kāda apdrošināšanas sabiedrība ir atteikusies Jūs apdrošināt, lauzusi apdrošināšanas līgumu, vai ir bijuši ar paaugstinātu risku saistīti prēmiju maksājumi?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Lūdzu norādiet, kad un kādēļ
7.	Vai pēdējo 3 gadu laikā slimības vai traumas dēļ esiet kavējis darbu vairāk par 2 nedēļām?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Lūdzu norādiet, kad, slimības nosaukumu, ilgumu, ārstēšanās rezultātus, ārstējošā ārsta uzvārdu un ārstniecības iestādes nosaukumu
8.	Jūsu augums ir _____ cm, Jūsu svars ir _____ kg		
9.	Norādiet ārstu, kurš vislabāk pārzina Jūsu veselības stāvokli: Vārds, uzvārds, medicīnas iestāde, adrese, tālrunis. Lūdzu norādiet pēdējās konsultācijas datumu un iemeslu.		
10.	Vai Jums ir vai ir bijušas slimības, veselības traucējumi:		Lūdzu norādiet, kad, slimības nosaukumu, ilgumu, ārstēšanās rezultātus, ārstējošā ārsta uzvārdu un ārstniecības iestādes nosaukumu
10.1.	Sirds un asinsvadu saslimšanas (paaugstināts asinsspiediens, infarkts, sāpes aiz krūšu kaula u.tml)	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.2.	Vēzis, citādi audzēji	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.3.	Asins slimības (leikoze, anēmija, hemofīlija u.tml)	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.4.	Cukura diabēts	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.5.	Elpošanas orgānu slimības (bronhiālā astma, tuberkuloze u.tml.)	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.6.	Gremošanas orgānu slimības (kuņģa vai 12 pirkstu zarnas čūla, aknu ciroze, pankreatīts u.tml.)	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.7.	Nieru, urīnceļu, ginekoloģiskas slimības	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.8.	Nervu un garīgas slimības (krampji, epilepsija, insults, pašnāvības mēģinājumi u.tml.)	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.9.	Muguras, locītavu, kaulu slimības, traumas	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.10.	Kustību ierobežojumi, amputācijas	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.11.	HIV (AIDS), hepatīts	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.12.	Dzirdes, redzes traucējumi	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Ja pavājināta redze, lūdzu norādiet dioptrijas redzes korekcijai katrai acij
10.13.	Citas iepriekš neminētas slimības, ievainojumi vai fiziski defekti (iedzimtas slimības, vielmaiņas, vairogdziedzera slimības u.tml.)?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
11.	Vai Jums ir bijušas vai tiek plānotas izmeklēšanas, ārstēšanas, operācijas vai staru terapija slimnīcā vai citā ārstniecības iestādē?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Kad? Kāda izmeklēšana vai ārstēšana? Kāpēc? Ārstniecības iestādes nosaukums, ārstējošā ārsta uzvārds
12.	Vai Jums ir bijusi vai joprojām ir invaliditātes grupa?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Lūdzu norādiet, kura grupa, kad un kādēļ piešķirta
13.	Vai Jūs pēdējo 12 mēnešu laikā esat smēķējis?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Cik cigaretes dienā? Cik gadus Jūs smēķējiet?
14.	Vai Jūs regulāri lietojat medikamentus (arī nomierinošus un miega līdzekļus, narkotiskas vielas u.tml.)?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Kādus medikamentus? Kāpēc? Cik ilgi?
15.	Vai ir vēl kādi citi neminēti apstākļi, kas varētu ietekmēt apdrošināšanas risku (alkoholisms, medikamentu atkarība, Jums izteikti draudi, darbs ārpus Latvijas u.tml.)?	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Lūdzu paskaidrojiet

Apliecinu, ka visas manis sniegtās atbildes ir patiesas un pilnīgas. Nepilnīgas vai nepatiesas informācijas sniegšanas gadījumā apdrošinātājam ir tiesības apdrošināšanas līgumu atzīt par spēkā neesošu no noslēgšanas brīža. Apdrošinātais ar šī pieteikuma un šīs veselības un nodarbošanās deklarācijas parakstīšanas brīdi piekrīt, ka ārstniecības iestādes un ārstniecības personas sniedz informāciju AAS «SEB Dzīvības apdrošināšana» par apdrošinātā veselības stāvokli un medicīnisko aprūpi. Paraksts uz šī pieteikuma apliecina, ka ar apdrošināšanas noteikumiem esmu iepazīties, tos saprotu un tiem piekrītu. Esmu informēts, ka šī veselības un nodarbošanās deklarācija ir apdrošināšanas līguma neatņemama sastāvdaļa.

Apliecinu, ka atļauju AAS «SEB Dzīvības apdrošināšana», reģ. Nr. 40003012938, Antonijas ielā 9, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram, apstrādāt manus 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.

Apdrošinātā persona

Vārds, uzvārds _____ Datums _____ Paraksts _____