

NOTIKUMA APRAKSTS

Turpinājums no iepriekšējās lapas

ĀRSTS, KURŠ VISLABĀK PĀRZINA APDROŠINĀTĀ VESELĪBAS STĀVOKLI (vārds, uzvārds, medicīnas iestāde, adrese)

ĀRSTA SLĒDZIENS (DIAGNOZE)

ĀRSTĒŠANĀS LAIKS

No līdz tai skaitā slimnīcā dienas

PIRMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA Datums/ārstniecības iestāde

4. CITS ATLĪDZĪBAS GADĪJUMS

PIETEIKUMAM PIEVIENOJU ŠĀDUS DOKUMENTUS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apdrošināšanas polises/apliecības oriģināls | <input type="checkbox"/> Pilnvara | <input type="checkbox"/> Miršanas apliecības kopija |
| <input type="checkbox"/> Apdrošināšanas polises/apliecības kopija | <input type="checkbox"/> Darba nespējas lapas kopija | <input type="checkbox"/> Izziņa par nāves cēloni |
| <input type="checkbox"/> Pases kopija | <input type="checkbox"/> Izraksts no med. dokumentācijas uz <input type="text"/> lpp. | <input type="checkbox"/> Mantošanas dokumenti uz <input type="text"/> lpp. |
| <input type="checkbox"/> Vadītāja apliecības kopija | <input type="checkbox"/> Rentgenogrammas <input type="text"/> gab. | <input type="checkbox"/> Citas izziņas uz <input type="text"/> lpp. |

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU LŪDZU IZMAKSĀT

Ar pārskaitījumu uz Bankas/PNS Kontu Nr.

Ja pārskaitījums tiek veikts uz ārvalstu bankas kontu, bankas pārveduma komisijas maksu sedz atlīdzības saņēmējs.

AIZPILDIET, JA PERSONA, KURA TIESĪGA SAŅEMT ATLĪDZĪBU, IR NEPILNGADĪGA

Vārds, uzvārds

Personas kods

100% apmērā ieskaitīt AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana” līgumā, polises Nr.

Ar šo es pilnvarēju apdrošinātāju pieprasīt un izmantot jebkura veida informāciju un dokumentus, kas nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai. Esmu informēts, ka par nepatiesu ziņu sniegšanu iespējams atlīdzības atteikums.

Ar šo apliecinu, ka atļauju AAS “SEB Dzīvības apdrošināšana” 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.

Piekrītu saņemt "Paziņojumu par fiziskai personai izmaksātajām summām" elektroniski šajā pieteikumā norādītajā e-pastā vai i-bankā.

Vārds, Uzvārds

Paraksts

Datums