

# Заявление о выплате страхового возмещения на случай безработицы

## Страхование кредитных платежей

Номер полиса	Номер кредитного договора
--------------	---------------------------

Заявление на выплату возмещения должен заполнить лично сам Застрахованный черной или синей шариковой ручкой печатными буквами. Пожалуйста, аккуратно заполните настоящее Заявление на выплату возмещения и убедитесь в том, что Вы дали исчерпывающие ответы на все вопросы, позволяющие Страховщику оценить обоснованность Вашего заявления. Обратите внимание, что во время оценки латвийским филиалом If P&C Insurance AS Заявления на выплату страхового возмещения Страхователь обязан своевременно вносить суммы для ежемесячного погашения Займа и выполнять другие обязанности, предусмотренные Кредитным договором. Все расходы, связанные с подачей запрашиваемых документов, несет Застрахованный. При невозможности представить оригиналы документов Застрахованный может выдать копии, заверенные выдавшим органом.

Претендент на выплату возмещения / застрахованный	
Имя, фамилия	Персональный код
Почтовый адрес	LV--
Телефон	Эл. почта

### Информация о страховом случае

Пожалуйста, обратите внимание, что за первые 30 (тридцать) дней вынужденной безработицы Страховое возмещение не выплачивается.

Название работодателя, с которым прекращены трудовые отношения	Регистрационный номер
Причина прекращения трудовых отношений	Контактное лицо работодателя, номер телефона
Дата, с которой прекращены трудовые отношения	дд мм гggg
Название и дата решения филиала ГАЗ, принявшего решение о присвоении статуса безработного	дд мм гggg
Название и дата решения филиала ГАСС, принявшего решение о присвоении статуса безработного	дд мм гggg

Застрахована ли вынужденная безработица и в другом страховом обществе? Если да, пожалуйста, укажите, в каком.  Да  Нет

Назначена ли Вам пенсия по старости или по выслуге лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Вы инициировали прекращение трудовых отношений или способствовали этому? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Предлагал ли Вам работодатель перед прекращением трудовых отношений другую должность на своем предприятии? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Являетесь ли Вы и Ваш работодатель связанными лицами:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1) коммерческое общество, которое является работодателем, принадлежит Вам или Вашему супругу (включая партнера по незарегистрированному браку), Вашему родственнику до третьей степени родства или свойственнику до второй степени свойства?<br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 2) коммерческое общество, которое является Вашим работодателем, состоит в тесных отношениях участия или контроля с коммерческим обществом, которое принадлежит Вам, Вашему супругу (включая партнера по незарегистрированному браку), Вашему родственнику до третьей степени родства или свойственнику до второй степени свойства?<br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 3) должность члена правления или совета вышеуказанных обществ занимаете Вы, Ваш супруг (включая партнера по незарегистрированному браку), Ваш родственник до третьей степени родства или свойственник до второй степени свойства?<br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
|--|--|---|

Вы сейчас трудоустроены, в том числе временно или неофициально? Если да, пожалуйста, укажите, где именно.  Да  Нет

### К заявлению прилагаю следующие документы:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Документ, удостоверяющий личность Застрахованного (копия с предъявлением оригинала)  | <input type="checkbox"/> Справка из ГАСС о назначении пособия по безработице (оригинал)* |
| <input type="checkbox"/> Трудовой договор с предприятием, с которым прекращены трудовые отношения (копия с предъявлением оригинала)   | <input type="checkbox"/> Справка из ГАЗ о присвоении статуса безработного (оригинал)*    |
| <input type="checkbox"/> Документ, на основании которого прекращены трудовые отношения (копия с предъявлением оригинала)  |  |
| <input type="checkbox"/> Справка из ГАСС о данных, накопленных в информационной системе ГАСС за последние 6 (шесть) месяцев до дня прекращения трудовых отношений (оригинал)* |  |
- \* Оригиналы справок должны быть выданы не позднее 10 дней.

### Претендент на выплату возмещения

Дата
Подпись
Имя, фамилия
Заявление принял представитель
Подпись
Имя, фамилия



Подтверждаю, что изложенная в настоящем заявлении информация, а также копии приложенных документов сделаны с оригинала и соответствуют действительности. Обязуюсь хранить оригиналы приложенных к заявлению документов не меньше трех лет и предъявить их по требованию латвийского филиала If P&C Insurance AS, регистрационный номер: 40103201449. Мне известно, что в случае предоставления ложной или вводящей в заблуждение информации латвийский филиал If P&C Insurance AS вправе не выплачивать Страховое возмещение, а также я могу быть привлечен(-а) к уголовной ответственности за мошенничество (статьи 177, 178 Уголовного закона). Латвийский филиал If P&C Insurance AS будет использовать предоставленную Вами информацию о страховом случае в следующих целях:  
1) для оценки страхового случая и вынесения решения по делу о страховом случае;  
2) для запроса информации об обстоятельствах страхового случая у Вашего работодателя, AS SEB banka и SEB Life and Pension Baltic SE, а также у поручителя, указанного в Кредитном договоре;  
3) для связи с Вами. Подтверждаю, что я ознакомился (-лась) с полным текстом Условий защиты конфиденциальности Латвийского филиала If P&C Insurance AS, опубликованном по адресу: [www.if.lv](http://www.if.lv).  
Я согласен(-а) получить Уведомление о суммах, выплаченных физическому лицу, в электронном виде на указанный в настоящем заявлении электронный адрес.