

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

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 требования. Обратите внимание, что во время оценки Страховщиком заявления на выплату страхового возмещения Страхователь (Застрахованный) обязан выполнять ежемесячные платежи в погашение займа и другие обязанности, связанные с Кредитным договором и AS SEB banka. Все расходы, связанные с подачей запрашиваемых документов, несет Застрахованный. При невозможности представить оригиналы документов Застрахованный может выдать копии, заверенные выдавшим органом. Страховщик принимает документы на одном из следующих языков: латышском, английском, русском.

Сведения о застрахованном				
Имя, фамилия	Персональный код			
Почтовый адрес				
LV-				
Телефон	Электронный адрес	<input type="checkbox"/> Наемный работник	<input type="checkbox"/> Самозанятый	<input type="checkbox"/> Не трудоустроен
Название работодателя				Регистрационный номер

Информация о страховом случае

Страховой случай. Пожалуйста, обратите внимание, что за первые 30 (тридцать) дней временной нетрудоспособности страховое возмещение не выплачивается.

<input type="checkbox"/> Смерть	<input type="checkbox"/> Постоянная нетрудоспособность	<input type="checkbox"/> Временная нетрудоспособность	Начало периода	до
Причина страхового случая			Дата наступления страхового случая	
<input type="checkbox"/> Заболевание			<input type="checkbox"/> Несчастный случай	
Описание события (укажите место происшествия и опишите несчастный случай или течение болезни)				

Диагноз		
Дата начала лечения	Имя, фамилия лечащего врача	Название и адрес медицинского учреждения
Происходило ли лечение в стационаре?		
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Название и адрес учреждения

К заявлению прилагаю следующие документы (представить копии с предъявлением оригиналов)
--

<input type="checkbox"/> Паспорт или другой документ, удостоверяющий личность претендента на выплату возмещения	<input type="checkbox"/> Выписка-эпикриз из стационара на листе(-ах)
<input type="checkbox"/> Свидетельство о смерти на листе(-ах)	<input type="checkbox"/> Листок нетрудоспособности на листе(-ах)
<input type="checkbox"/> Справка о причине смерти на листе(-ах)	<input type="checkbox"/> Справка лечащего врача о нетрудоспособности на листе(-ах)
<input type="checkbox"/> Амбулаторная карта клиента (включая результаты обследований) на листе(-ах)	<input type="checkbox"/> Другое

Претендент на выплату возмещения

Имя, фамилия	Персональный код
Почтовый адрес	
LV-	
Телефон	Эл. почта

Подтверждение	Претендент на выплату возмещения
----------------------	---

<p>i Подписанием настоящего документа удостоверяю, что изложенная в нем информация является полной и верной. Настоящим уполномочиваю SEB Life and Pension Baltic SE запрашивать и использовать любую информацию и документы, необходимые для определения размера Страхового возмещения.</p> <p>Мне известно, что выплата Страхового возмещения осуществляется только после получения всех необходимых документов. Мне известно, что за предоставление недостоверных сведений SEB Life and Pension Baltic SE вправе отказать в выплате Страхового возмещения.</p> <p>Предоставляя медицинские данные Страховщику, Вы даете согласие на их обработку в случае необходимости для принятия решения о выплате страхового возмещения.</p> <p>Подробная информация о категориях обрабатываемых данных, целях и сроках их обработки и другие вопросы, связанные с обработкой данных, изложены в Политике конфиденциальности, с которой можно ознакомиться в местах обслуживания клиентов, а также на домашней странице www.seb.lv.</p> <p>Я согласен(-а) получить Уведомление о суммах, выплаченных физическому лицу, в электронном виде на указанный в настоящем заявлении электронный адрес или в интернет-банке. Я согласен (-на) получать связанную со страховым возмещением информацию в электронном виде, на указанный в данной заявке адрес эл. почты.</p>	<p>Дата</p> <hr/> <p>Подпись</p> <hr/> <p>Имя, фамилия</p> <hr/> <p style="background-color: #0070c0; color: white; padding: 2px; text-align: center;">Заявление принял представитель</p> <p>Подпись</p> <hr/> <p>Имя, фамилия</p> <hr/>
--	---