

AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana", Reģ. Nr. 40003012938
Antonijas iela 9, Rīga, LV-1010, tālrunis 67079800, fakss 67079808, dziviba@seb.lv

Lūdzu, atzīmējiet (✓), apliecinot savu izvēli. AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana”
pieņem dokumentus vienā no minētajām valodām: latviešu, angļu, krievu.

Pieteikuma iesniedzējs

Vārds, uzvārds Personas kods

Korespondences adrese

E-pasts Tālrunis

Pieteikuma iesniedzējs ir
 Apdrošinātais Apdrošinātā pārstāvis, ja apdrošinātais ir nepilngadīgs

Apdrošināšanas polises numurs vai darba devēja nosaukums, ja līgumu noslēdzis darba devējs

Apdrošinātais (aizpildīt, ja pieteikuma iesniedzējs nav apdrošinātais)

Vārds, uzvārds Personas kods

Informācija par Apdrošināšanas gadījumu

Sadzīves trauma Trauma ceļu satiksmes negadījuma rezultātā Invaliditāte Cits
 Trauma darbā Sporta trauma Saslimšana

Notikuma datums Vieta (Traumas gadījumā norādiet pēc iespējas precīzāku notikuma vietu, adresi)

Notikuma apraksts (Aprakstiet nelaimes gadījumu vai slimības gaitu)

Ārsts, kurš vislabāk pārzina apdrošinātā veselības stāvokli saistībā ar notikušo nelaimes gadījumu vai saslimšanu (vārds, uzvārds, medicīnas iestāde, adrese)

Ārsta slēdziens, diagnoze

Ārstēšanās laiks
No līdz tai skaitā slimnīcā dienas

Pirmā medicīniskā palīdzība (datums, ārstniecības iestāde)

Pieteikumam pievienoju šādus dokumentus
 Izraksts no med. dokumentācijas uz lapām Darba nespējas lapas kopija uz lapām Citi uz lapām

Apdrošināšanas atlīdzību lūdzu izmaksāt

Konta numurs nav jānorāda, ja tiek pieteikta kredītmaksājumu apdrošināšanas atlīdzība par pārejošu darba nespēju (atlīdzība tiks ieskaitīta Jūsu kredītmaksas kontā).

Norēķinu konta Nr. Pārskaitījumam var tikt piemērota komisijas maksa, ja tas tiek veikts uz ārvalstu bankas kontu.

Būtiska informācija un apliecinājumi



Pilnvaroju AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana” pieprasīt un izmantot jebkura veida informāciju un dokumentus, kas nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai. Esmu informēts, ka par nepatiesu ziņu sniegšanu AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana” var atteikt atlīdzību.

Informējam, ka ar veselības datu iesniegšanu Apdrošinātājam Jūs piekrītat, ka šie dati, ja tas būs nepieciešams, tiks apstrādāti apdrošināšanas atlīdzības izmaksas lēmuma pieņemšanai. Detalizēta informācija par apstrādāto datu kategorijām, to apstrādes mērķiem un termiņiem, un citi ar datu apstrādi saistītie jautājumi apkopoti Datu apstrādes princīpos, ar kuriem varat iepazīties klientu apkalpošanas vietās un mājaslapā www.seb.lv.

Apņemos uzglabāt pieteikumam pievienoto dokumentu oriģinālus līdz atlīdzības izmaksas brīdim un pēc AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana” pieprasījuma iesniegt tos. AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana” patur tiesības pieprasīt atlīdzības pieteikuma iesniedzējam personīgi ierasties AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana” klientu apkalpošanas vietā.

Piekrītu saņemt ar apdrošināšanas atlīdzību saistīto informāciju elektroniski šajā pieteikumā norādītajā e-pastā. Nosūtot pieteikumu, es apzinos, ka e-pasts nav pilnībā drošs saziņas kanāls.

Pieteikuma iesniegšanas datums

Datums

Ievērojiet! Nosūtot apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu, e-pastam jāpievieno medicīniskie un citi dokumenti, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma faktu. Dokumentus iespējams iesniegt, tos ieskenējot vai nofotografējot ar mobilo tālruni.