

AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana", Рег. номер 40003012938  
Ул. Антонияс, 9, г. Рига, LV-1010, телефон 67079800, факс 67079808, dziviba@seb.lv

Просим галочкой (✓) подтвердить свой выбор. AAS SEB Dzīvības apdrošināšana принимает документы на одном из следующих языков: латышский, английский, русский.

## Подающий заявку

Имя, фамилия	Персональный код
--------------	------------------

Адрес для корреспонденции

Эл. почта	Телефон
-----------	---------

Статус подающего заявку <input type="checkbox"/> Застрахованный <input type="checkbox"/> Представитель застрахованного, если застрахованный является несовершеннолетним	Номер страхового полиса или название работодателя, если договор заключен работодателем
--	--

## Застрахованный (заполнить, если податель заявления не является застрахованным)

Имя, фамилия	Персональный код
--------------	------------------

## Информация о страховом случае

<input type="checkbox"/> Бытовая травма	<input type="checkbox"/> Травма в результате дорожно-транспортного происшествия	<input type="checkbox"/> Инвалидность	<input type="checkbox"/> Другое
<input type="checkbox"/> Травма на рабочем месте	<input type="checkbox"/> Спортивная травма	<input type="checkbox"/> Заболевание	

Дата происшествия	Место (в случае травмы укажите максимально точное место и адрес события)
-------------------	--

Описание происшествия (опишите несчастный случай или течение болезни)

Врач, который владеет наиболее полной информацией о состоянии здоровья застрахованного в связи с произошедшим несчастным случаем или заболеванием (имя, фамилия, медицинское учреждение, адрес)

Заключение врача, диагноз

Время лечения	С	до	в том числе в больнице	дней
---------------	---	----	------------------------	------

Первая медицинская помощь (дата, медицинское учреждение)

К заявлению прилагаю следующие документы  
 Выписка из медицинской документации на \_\_\_\_\_ листах     Копия листа нетрудоспособности на \_\_\_\_\_ листах     Другие на \_\_\_\_\_ листах

## Прошу выплатить страховое возмещение

Номер счета не нужно указывать, если подана заявка на выплату возмещения по страхованию кредитных платежей в период временной нетрудоспособности (компенсация будет перечислена на счет, с которого производятся платежи).

Номер расчетного счета	За перечисление может взиматься комиссионная плата, если оно совершается на счет в иностранном банке.
------------------------	---

## Важная информация и подтверждения



Уполномочиваю AAS SEB Dzīvības apdrošināšana запрашивать и использовать любого рода информацию и документы, необходимые для определения размера страхового возмещения. Мне известно, что в случае предоставления неверных сведений AAS SEB Dzīvības apdrošināšana вправе отказать в выплате возмещения.

Сообщаем, что, предоставляя медицинские данные Страховщику, Вы даете согласие на их обработку в случае необходимости для принятия решения о выплате страхового возмещения. Подробная информация о категориях обрабатываемых данных, целях и сроках их обработки и другие связанные с обработкой данных вопросы изложены в Принципах обработки данных, с которыми можно ознакомиться в местах обслуживания клиентов и на домашней странице seb.lv.

Обязуюсь хранить оригиналы приложенных к заявлению документов до выплаты возмещения и предоставить их по требованию AAS SEB Dzīvības apdrošināšana.

AAS SEB Dzīvības apdrošināšana оставляет за собой право потребовать от подателя заявления о выплате возмещения лично явиться в центр обслуживания клиентов AAS SEB Dzīvības apdrošināšana.

Я согласен (-на) получать связанную со страховым возмещением информацию в электронном виде, на указанный в данной заявке адрес эл. почты. Я понимаю, что эл. почта не является абсолютно безопасным каналом связи.

## Дата подачи заявки

Дата

**Помните: отправляя заявку на получение страхового возмещения, к эл. письму следует приложить медицинские и прочие документы, подтверждающие факт страхового случая. Документы можно отсканировать или сфотографировать с помощью мобильного телефона.**

**Чтобы отправить эл. письмо,**