

Dzīvības apdrošināšana un nelaiemes gadījumu apdrošināšana

Atlīdzības pieteikums

Ja pieteikums netiek aizpildīts elektroniski, tad, lūdzu, aizpildiet ar melnu vai zilu pildspalvu, drukātiem burtiem un atzīmējiet (✓), apliecinot savu izvēli. Ailēs, kuras netiek aizpildītas, ievielci svītru. Visas izmaksas, kas saistītas ar pieprasīto dokumentu iesniegšanu, sedz pieteikuma iesniedzējs. Ja nav iespējams iesniegt dokumentu oriģinālus, pieteikuma iesniedzējs var iesniegt izdevējiestādes apstiprinātas kopijas. AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana”, pieņem dokumentus vienā no minētajām valodām: latviešu, angļu, krievu.

Aizpilda AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana” pārstāvis

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Atzīme par dokumenta saņemšanu Struktūrvienības nosaukums | | Pieteikuma nr. |
| Vārds, uzvārds | Regulārā maksājuma uzdevuma pārtraukšana maksājuma apmērs (summa un valūta) | |
| Amats | | |
| Datums | Paraksts | no konta Nr. LV UNLA |

Pieteikuma iesniedzējs

| | | |
|--|---------|--|
| Vārds, uzvārds / Nosaukums | | Personas kods / Reģistrācijas Nr. |
| Korespondences adrese | | |
| LV- | | |
| Tālrunis | E-pasts | Apdrošināšanas polises numurs vai darba devēja nosaukums, ja līgumu noslēdzis darba devējs |
| Pieteikuma iesniedzējs ir <input type="checkbox"/> Apdrošinātais <input type="checkbox"/> Apdrošinājuma ņēmējs <input type="checkbox"/> Labuma guvējs <input type="checkbox"/> Mantinieks <input type="checkbox"/> Pilnvarota persona <input type="checkbox"/> Apdrošinātā vai labuma guvēja ģimenes loceklis <input type="checkbox"/> Cits | | |

Atlīdzības veids – uzkrājuma izmaksa

| | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Līguma termiņa beigas | |
| <input type="checkbox"/> Līguma izbeigšana pirms termiņa | Iepazīnos: (iesniedzēja paraksts) |
| Apliecinu, ka esmu informēts/a par iespējamo pienākumu veikt iedzīvotāju ienākuma nodokļa samaksu gadījumos, ja ir piemēroti attaisnotie izdevumi par apdrošināšanas prēmijām un apdrošināšanas līgums tiek izbeigts pirms termiņa. | |

Atlīdzības veids – nelaiemes gadījums, nāve

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sadržes trauma | <input type="checkbox"/> Trauma ceļu satiksmes negadījumā | <input type="checkbox"/> Invaliditāte | <input type="checkbox"/> Nāves gadījums |
| <input type="checkbox"/> Trauma darbā | <input type="checkbox"/> Sporta trauma | <input type="checkbox"/> Cits | |
| Notikuma datums, precīzs laiks | | Notikuma vieta | |
| Notikuma apraksts | | | |

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)

| | | |
|----------------|--------|----------|
| Vārds, Uzvārds | Datums | Paraksts |
| | | |

Dzīvības apdrošināšana un nelaiemes gadījumu apdrošināšana

Atlīdzības pieteikums

Cits atlīdzības gadījums

Informācija par politiski nozīmīgu personu

Vai atlīdzības saņēmējs ir politiski nozīmīga persona (PEP), politiski nozīmīgas personas ģimenes loceklis vai arī ar politisku personu cieši saistīta persona?

Nē Jā, ir PEP Jā, PEP ģimenes loceklis Jā, ir ar PEP cieši saistīta persona

Informācija par politiski nozīmīgu personu

Vārds

Uzvārds

Personas kods

Pases izdevējvalsts

Dzimšanas datums

Nodokļu rezidences valsts

Ieņemamais amats un saistība ar atlīdzības saņēmēju

Pieteikumam pievienoju šādus dokumentus

- Pases kopija Izraksts no med. dokumentācijas uz lpp. Mantošanas dokumenti uz lpp.
- Personas apliecības kopija Miršanas apliecības kopija Citas izziņas uz lpp.
- Darba nespējas lapas kopija Izziņa par nāves cēloni

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 jaunā AAS „SEB Dzīvības apdrošināšanas” līgumā, polises Nr.

i 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.

Pilnvaroju AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana” apdrošināšanas līguma pirmstermiņa vai termiņa beigu gadījumā manā vārdā pārtraukt Regulāro maksājumu uzdevumu AS „SEB banka” par apdrošināšanas prēmiju maksājumiem apdrošināšanas līgumam, kas noslēgts ar AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana”.

Apdrošinātājam ir tiesības nodot manus personas datus atsevišķu uzdevumu izpildei personas datu operatoriem, ar kuru sarakstu var iepazīties interneta vietnē www.seb.lv.

Klients

- Piekrītu saņemt ar apdrošināšanas atlīdzību saistīto informāciju elektroniski šajā pieteikumā norādītajā e-pastā.
- Nepiekrītu

Datums

Paraksts

Vārds, uzvārds