

# 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. SEB Life and Pension Baltic SE pieņem dokumentus vienā no minētajām valodām: latviešu, angļu, krievu.

### Aizpilda SEB Life and Pension Baltic SE pārstāvis

Atzīme par dokumenta saņemšanu Struktūrvienības nosaukums		Pieteikuma nr.
Vārds, uzvārds	<b>Regulārā maksājuma uzdevuma pārtraukšana</b> 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
<b>Pieteikuma iesniedzējs ir</b> <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"/> Sadzīves 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	
plkst.			
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 konts pieder apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma iesniedzējam)  
 Ar pārskaitījumu uz Bankas/PNS kontu Nr. (ja konts nepieder apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma iesniedzējam)

#### Obligāti aizpildāma informācija, ja pārskaitījums tiek veikts uz ārvalstu banku

SWIFT (BIC)	Saņēmēja banka
Bankas adrese	

Ja pārskaitījums tiek veikts uz ārvalstu bankas kontu, bankas pārveduma komisijas maksu sedz atlīdzības saņēmējs.

**Aizpildiet, ja apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai norādītais konts pieder nepilngadīgai personai vai trešajai personai (ja ir norādīts konts, kas nepieder apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma iesniedzējam).**

Vārds, uzvārds	Personas kods
----------------	---------------

100% apmērā ieskaitīt jaunā SEB Life and Pension Baltic SE līgumā, polises Nr.



Pilnvaroju SEB Life and Pension Baltic SE pieprasīt un izmantot jebkura veida informāciju un dokumentus, kas nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai. Esmu informēts, ka par nepatiesu ziņu sniegšanu SEB Life and Pension Baltic SE var atteikt atlīdzību.

Apliecinu, ka konts, kas norādīts apdrošināšanas atlīdzības izmaksai, ir pieteikumā norādītās personas konts. Gadījumā, ja atlīdzības pieteikumā esmu norādījis trešās personas datus, apņemos par to attiecīgi informēt trešo personu.

Pilnvaroju SEB Life and Pension Baltic SE 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 SEB Life and Pension Baltic SE.

Informējam, ka ar šī Atlīdzības pieteikuma 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 principos, ar kuriem varat iepazīties klientu apkalpošanas vietās un mājaslapā [www.seb.lv](http://www.seb.lv).

#### Klients

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

Datums

Paraksts

\_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds