

Aizpilda Genworth Financial

Sākuma datums	Beigu datums	Apdrošinātais risks	Apdrošināšanas gadījuma Nr.

1. PERSONĪGĀ INFORMĀCIJA (aizpilda Apdrošinājumaņēmējs)

Vārds, uzvārds Personas kods -Pašreizējā dzīvesvietas adrese Pasta indekss un pilsēta/apdzīvota vieta Tālruna numurs mājās/darbā Lūdzu, atzīmējiet Jūsu statusu darbaņēmējs pašnodarbinātaisVai Jūs pieprasāt apdrošināšanas atlīdzību pagaidu darbnespējas vai hospitalizācijas gadījumā arī no cita Apdrošinātāja? jā nēJa JĀ, lūdzu, norādiet, no kura Vai Jūs iepriekš esat pieprasījis jebkādu apdrošināšanas atlīdzību no Genworth Financial? jā nēJa JĀ, lūdzu, norādiet, kad un kādā gadījumā

2. INFORMĀCIJA PAR AIZDEVUMU (aizpilda Bankas darbinieks)

Bankas filiāles nosaukums Adrese Pasta indekss Apdrošināšanas līguma nr. (1) Ikmēneša apdrošināšanas atlīdzība Procentu likme apdrošinātā riska iestāšanās dienā Apdrošināšanas līguma nr. (2) Ikmēneša apdrošināšanas atlīdzība Procentu likme apdrošinātā riska iestāšanās dienā

Konta numurs AS "SEB banka", uz kuru tiek pārskaitīta apdrošināšanas atlīdzība (iepriekš saskaņojot ar Apdrošinājumaņēmēju)

LV UNLA Bankas darbinieka vārds, uzvārds un tālruna numurs Datums un vieta Bankas filiāles spiedogs/zīmogs

3. INFORMĀCIJA PAR SLIMĪBU/NELAIMES GADĪJUMU (aizpilda ārstējošais ārsts un/vai Apdrošinājumaņēmējs)

Slimība/nelaimes gadījums Slimības sākuma datums/nelaimes gadījuma datums Kur notika nelaimes gadījums Kad uzsākta ārstēšanās pie ārsta Ārstniecības iestādes nosaukums un adrese Ārsta vārds, uzvārds un prakses adrese

Ja Apdrošinājumaņēmējs šīs slimības/nelaimes gadījuma dēļ bija hospitalizēts, lūdzu, norādiet stacionāra (slimnīcas) nosaukumu un adresi

Apdrošinājumaņēmēja informācija par slimību/negadījumu

Ja Apdrošinājumaņēmējs iepriekš ir ārstējies saistībā ar šo slimību, lūdzu, sniedziet zemāk minēto informāciju

Darbnespējas termiņš (sākuma datums, beigu datums)

Ārstējošā ārsta vārds, uzvārds vai slimnīcas nosaukums un adrese

4. INFORMĀCIJA PAR NODARBINĀTĪBU (aizpilda darba devējs/pašnodarbinātais)

Darbinieka/pašnodarbinātās personas vārds, uzvārds

Personas kods - Darbinieka amats

Darba līguma sākuma datums Darbnespējas sākuma datums Darbā atgriešanās datums

Ja nodarbinātības laikā darbinieks ir arī iepriekš zaudējis darbības saistībā ar šo pašu slimību, lūdzu, norādiet darbnespējas periodu/-s

Kurā ārstniecības iestādē veikta darbinieka ārstēšana darbnespējas periodā (iestādes nosaukums un adrese)

Ja darba tiesiskās attiecības ar minēto darbinieku ir izbeigtas, lūdzu, norādiet darba līguma izbeigšanas datumu

Darba devēja reģistrētais nosaukums

Tālruna numurs Faksa numurs E-pasts

Datums un vieta

Darba devēja vai tā pārstāvja
paraksts un atšifrējums

Darba devēja vai tā pārstāvja
zīmogs/spiedogs

5. APDROŠINĀJUMA NĒMĒJA APLIECINĀJUMS, PIEKRIŠANA UN PILNVAROJUMS

- Apliecinu, ka visas ar šo apdrošināšanas gadījumu saistītās apdrošināšanas atlīdzības tiks izmantotas manu aizdevuma saistību dzēšanai AS "SEB banka". Es piekrītu, ka apdrošināšanas atlīdzība tiks pārskaitīta uz manis šī pieteikuma 1.lpp. norādīto konta numuru, un šis konta numurs var tikt mainīts tikai abpusēji vienojoties man un Bankai, kas izsniegusi aizdevumu.
- Apliecinu, ka manis sniegtā informācija Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumā ir pareiza, un saprotu, ka jebkādas nepatiesas, neprecīzas vai maldinošas informācijas sniegšana manā vai citu vārdā ietekmē manas tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību.
- Pilnvaroju Apdrošinātāju pieprasīt un saņemt jebkādu informāciju no mana ārstējošā ārsta, medicīnas un veselības aprūpes iestādēm, Veselības un darbības ekspertīzes ārstu komisijas, Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras, Nodarbinātības valsts aģentūras, pašreizējā darba devēja un iepriekšējiem darba devējiem, lai izvērtētu un pamatotu manu Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu pagaidu darbnespējas un hospitalizācijas gadījumā.
- Pilnvaroju Apdrošinātāju apstrādāt manu personīgo informāciju, kuru esmu sniedzis es pats vai kāds cits saskaņā ar Apdrošinātāja pieprasījumu. Manu personīgo datu apstrāde ietver manu personas kodu un informāciju par manu veselības stāvokli. Personīgo datu apstrāde nozīmē jebkādu automatizētu vai neautomatizētu darbību, kas ietver, bet neaprobežojas ar minētajām darbībām: datu vākšanu, reģistrēšanu, uzglabāšanu, klasifikāciju un piekļuves atļauju. Es arī piekrītu, ka Apdrošinātājs nosūta manus personīgos datus juridiskām personām, kas ietilpst *Financial Insurance Company Limited* kompāniju grupā Eiropas Savienības teritorijā. Man jebkurā laikā ir tiesības piekļūt manai personīgajai informācijai un to labot, sazinoties ar *Genworth Financial*, adrese: a.k. 3, Rīga, LV-1044, Latvija.

Financial Insurance Company Limited ir pienākums informēt banku, aizdevuma izsniedzēju, par visiem lēmumiem, kas saistīti ar apdrošināšanas atlīdzību izmaksu.

Vieta un datums

Apdrošinājumaņēmēja paraksts

Apdrošinājumaņēmēja paraksta atšifrējums

6. DOKUMENTI, KAS JĀIESNIEDZ APDROŠINĀTĀJAM

Apdrošinājumaņēmējs iesniedz Apdrošinātājam zemāk minētos dokumentus:

- pienācīgi aizpildītu Apdrošinātāja noteikto Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu īslaicīgas darbnespējas un hospitalizācijas gadījumā;
- ārstējošā ārsta izziņu, darbnespējas lapu (norādot ārstēšanās un darbnespējas perioda sākumu un beigas, ja tāds ir zināms apdrošināšanas prasības iesniegšanas dienā), slimības/traumas (epikrīzes) medicīnisko vēsturi ar diagnozi un papildus, ja nepieciešams, medicīniskās vēstures pamatinformāciju par slimību/traumu (rentgenogramma, eksperta slēdziens, analīžu rezultāti), un, ja piemērojams, informāciju un dokumentus par hospitalizāciju (stacionārs (slimnīca), uzņemšanas datums, hospitalizācijas ilgums un hospitalizācijas beigu datums);
- ja darbnespējas gadījumā ir veikta veselības un darbības ekspertīze – Veselības un darbības ekspertīzes ārstu komisijas lēmumu par darbnespēju;
- ja darbnespēja iestājusies nelaimes gadījuma rezultātā, attiecīgās iestādes aktu par negadījumu un policijas izziņu, ja attiecīgā iestāde vai policija veikusi jebkādas darbības saistībā ar negadījumu, un izziņu par neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanu;
- ja darba devējs nav aizpildījis Apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma 4. sadaļu un ja Apdrošinājumaņēmējs ir darbinieks – darba devēja izziņas oriģinālu, kas apliecina, ka ar Apdrošinājumaņēmēju īslaicīgas darbnespējas pirmajā dienā ir bijušas noslēgtas darba tiesiskās attiecības;
- ja Apdrošinājumaņēmējs ir pašnodarbinātā persona – pašnodarbinātās personas statusa apliecinājumu: Valsts ieņēmumu dienesta izdotu apliecinību. Šajā gadījumā Apdrošinājumaņēmējam jāiesniedz apliecinājums par sociālā nodokļa maksājumiem laika periodā tieši pirms Apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma.

Visas izmaksas, kas ir saistītas ar pieprasīto dokumentu iesniegšanu, sedz Apdrošinājumaņēmējs. Ja nav iespējams iesniegt dokumentu oriģinālus, Apdrošinājumaņēmējs var iesniegt izdevējā iestādes vai arī zvešināta notāra apliecinātas kopijas. Apdrošinātājs pieņem dokumentus vienā no minētajām valodām: latviešu, angļu vai krievu.

Lūdzu, pienācīgi aizpildiet šo Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu un pārlicinieties, ka esat pilnībā atbildējis uz visiem jautājumiem, lai Apdrošinātājs var nekavējoties izvērtēt Jūsu prasības pamatotību. Lūdzu, nosūtiet Apdrošinātājam visus dokumentus vienlaicīgi.

Lūdzu, ievērojiet, ka par pirmajām 30 (trīsdesmit) īslaicīgas darbnespējas dienām apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.

Kad Jūs esat aizpildījis visas nepieciešamās sadaļas Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumā un pievienojis visus nepieciešamos dokumentus, lūdzu, nosūtiet tos Apdrošinātājam uz šo adresi:

Genworth Financial,
a.k. 3, Rīga, LV-1044, Latvija

Ja vēlaties saņemt papildu informāciju par Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu, lūdzu, sazinieties ar mums:

Genworth Financial

tālrunis: +371 67676799, fakss: +371 67676770, e-pasts: klientu.apkalposana@genworth.com