

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  Tālruņa numurs mājās/darbā

Vai Jūs pieprasāt apdrošināšanas atlīdzību piespiedu bezdarba gadījumā arī no cita Apdrošinātāja?  jā  nē

Ja JĀ, lūdzu, norādiet, no kura

Vai Jūs iepriekš esat pieprasījis jebkādu apdrošināšanas atlīdzību no Genworth Financial?  jā  nē

Ja 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 apdrošināšanas gadījuma dienā

Apdrošināšanas līguma nr. (2)  Ikmēneša apdrošināšanas atlīdzība  Procentu likme apdrošināšanas gadījuma dienā

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

LV  UNLA

Kontaktpersonas vārds, uzvārds un tālruņa numurs

Datums un vieta  Bankas filiāles spiedogs/zīmogs

**3. INFORMĀCIJA PAR NODARBINĀTĪBU (aizpilda Apdrošinājumaņēmējs)**

Vai Jūs nodarbojaties ar komercdarbību/esat komersanta amatpersona vai īpašnieks?  jā  nē

Ja JĀ, lūdzu, norādiet komersanta nosaukumu

Vai Jūs bijāt nodarbināts kā komersanta amatpersona vai izpildinstitūcijas loceklis apdrošināšanas gadījuma dienā?  jā  nē

Vai Jūs bijāt komersanta, kas noslēdza ar Jums darba līgumu, īpašnieks (dalībnieks/akcionārs)  jā  nē

Cik komersanta kapitāla daļas (akcijas) Jums pieder?  % Cik komersanta kapitāla daļas (akcijas) pieder Jūsu ģimenes locekļiem?  %

Vai Jūs bijāt nodarbināts uzņēmumā, kurā kā amatpersona vai dalībnieks (akcionārs) ir Jūsu radnieks līdz otrajai pakāpei?  jā  nē

Vai Jūs esat uzsācis jaunas darba tiesiskās attiecības?  jā  nē Ja JĀ, no kura datuma?

Iestādes, kura izmaksā bezdarbnieka pabalstu, nosaukums, adrese un pasta indekss (Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras nodaļa)

Iestādes kontaktpersonas vārds, uzvārds

Tālruņa numurs  Faksa numurs

**Lūdzu, sniedziet informāciju par Jūsu nodarbinātību pirms Jūsu pēdējās darbavietas**

Darba devēja reģistrētais nosaukums  Tālruņa numurs

Adrese, pasta indekss

Darba līguma sākuma datums  Darba līguma beigu datums  Vai Jūs bijāt pastāvīgi nodarbināts?  jā  nē

Darba stundu skaits nedēļā  Vai Jūsu darba līgums bija noslēgts uz noteiktu laiku?  jā  nē

Iemesls Jūsu darba līguma izbeigšanai

Papildu informācija

#### 4. INFORMĀCIJA PAR NODARBINĀTĪBU (aizpilda iepriekšējais darba devējs)

Šo sadaļu aizpilda Jūsu iepriekšējais darba devējs. Ja iepriekšējais darba devējs ir likvidēts, šo sadaļu aizpilda cita kompetenta un pilnvarota persona.

Gadījumos, kad iepriekšējais darba devējs ir likvidēts, par to tiek iesniegta attiecīga izziņa no Uzņēmumu reģistra, bet ziņas par Apdrošinājuma ņēmēja un darba devēja darba tiesiskajām attiecībām apliecina izziņa no arhīva.

Personas (bijušā darbinieka) vārds un uzvārds

Personas kods - Amats

Darba līguma sākuma datums  Vai darba līgumā paredzētais darba laiks bija vismaz 30 stundas nedēļā?  jā  nē Darba stundu skaits nedēļā

Vai darba līgums bija noslēgts uz noteiktu laiku?  jā  nē Ja JĀ, tad, lūdzu, norādiet darba līguma termiņu sākuma datums  beigu datums

Kad darbinieku pirmoreiz informēja par iespējamo atlaišanu?  Kad darbinieku informēja par atlaišanu?

Nodarbinātības pēdējā diena  Vai darbinieks bija nodarbināts sezonas rakstura darbā?  jā  nē

Ja darbiniekam pēc atlaišanas izmaksāta kompensācija/-s, lūdzu, norādiet izmaksu periodu

Darba tiesisko attiecību izbeigšanas iemesls

Gadījumā, ja personai bija darba tiesiskās attiecības ar individuālo komersantu:

vai persona, ar kuru izbeigtas darba tiesiskās attiecības, bija ģimenes loceklis?  jā  nē

Vai Jūs esat iepriekš noslēguši darba tiesiskās attiecības ar šo darbinieku?  jā  nē

Ja JĀ, tad, lūdzu, norādiet iepriekšējo nodarbinātību termiņus Jūsu sabiedrībā

Vai darba līgums izbeigts pēc darbinieka uzteikuma?  jā  nē

Ja JĀ, tad, lūdzu, norādiet iemeslu darba līguma uzteikšanai

Darba devēja reģistrētais nosaukums  Komersanta reģistrācijas numurs

Adrese, pasta indekss

Tālruna numurs  Faksa numurs

Datums un vieta

Valdes locekļa vai Personāldaļas vadītāja vārds, uzvārds un paraksts

Darba devēja vai tā pārstāvja zīmogs/spiedogs

Papildu informācija

**5. INFORMĀCIJA PAR NODARBINĀTĪBU (aizpilda Nodarbinātības valsts aģentūras darbinieks)**

Personas, kurai piešķirts (bijis piešķirts) bezdarbnieka statuss, vārds un uzvārds

Personas kods -

Kad minētā persona reģistrējās bezdarbnieka statusa saņemšanai?

Minētās personas darba tiesisko attiecību izbeigšanās iemesls

Vai minētā persona ir iepriekš reģistrējusies aktīvajos nodarbinātības pasākumos?  jā  nē

Iepriekšējo bezdarba periodu termiņi

Vai minētā persona aktīvi meklē darbu?  jā  nē Vai minētā persona ir iesaistīta darba tirgū?  jā  nē

Ja NĒ, lūdzu, norādiet iemeslu

Vai minētā persona ir reģistrējusies apmācības programmās?  jā  nē

Apmācību sākuma datums  Paredzētais apmācību beigu datums

Vai prasītājs ir pašnodarbinātais?  jā  nē

Nodarbinātības valsts aģentūras nodaļa, tās adrese

Tālruna numurs

Faksa numurs

Datums un vieta

Valsts nodarbinātības aģentūras darbinieka vārds, uzvārds un paraksts

Valsts nodarbinātības aģentūras nodaļas zīmogs/spiedogs

Papildu informācija

## 6. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA 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 ar Banku, kura 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 Valsts nodarbinātības aģentūras, Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras, pašreizējā darba devēja un iepriekšējiem darba devējiem, lai izvērtētu un pamatotu manu Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu piespiedu bezdarba 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* 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  . . .

Apdrošinājuma Ņēmēja paraksts

Apdrošinājuma Ņēmēja paraksta atšifrējums

## 7. DOKUMENTI, KAS JĀIESNIEDZ APDROŠINĀTĀJAM

Apdrošinājuma Ņēmējs iesniedz Apdrošinātājam zemāk minētos dokumentus:

- pienācīgi aizpildītu Apdrošinātāja noteikto Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu piespiedu bezdarba gadījumam;
- ja Nodarbinātības valsts aģentūras darbinieks nav aizpildījis 5. sadaļu Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumā, Nodarbinātības valsts aģentūras izziņu par bezdarbnieka statusa piešķiršanu Apdrošinājuma Ņēmējam;
- brīdinājumu par Apdrošinājuma Ņēmēja darba tiesisko attiecību izbeigšanu, norādot darba līguma uzteikuma iemeslu;
- pēdējā darba devēja izsniegtu izziņu par nodarbinātību;
- pierādījumus par bezdarbnieka pabalsta saņemšanu vai tiesībām saņemt bezdarbnieka pabalstu apdrošināšanas atlīdzības prasības periodā. Kad Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras noteiktais bezdarbnieka pabalsta saņemšanas periods ir beidzies, Apdrošinājuma Ņēmējam ir jāiesniedz dokuments, kas apliecina Apdrošinājuma Ņēmēja bezdarbnieka statusa spēkā esamību un aktīvu darba meklēšanu.

Visas izmaksas, saistītas ar pieprasīto dokumentu iesniegšanu, sedz Apdrošinājuma Ņēmējs. Ja nav iespējams iesniegt dokumentu oriģinālus, Apdrošinājuma Ņēmējs var iesniegt izdevējistādes vai arī zvērīnāta 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 prasību. Lūdzu, nosūtiet Apdrošinātājam visus dokumentus vienlaicīgi.

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

Papildu informācija

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