

## VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS POLISE

### Nr. 26/000/002319/15

<b>Apdrošinājuma ņēmējs:</b>		<b>Apdrošinātās personas:</b>	
Nosaukums:	<b>BIEDRĪBA LATVIJAS OLIMPISKĀ KOMITEJA</b>	Apdrošināto personu saraksts:	<b>Pielikumā Nr.1</b>
Reģistrācijas Nr.:	<b>50008022421</b>	Apdrošināšanas programmas:	<b>Pielikumā Nr.1</b>
Adrese:	<b>Elizabetes iela 49, Rīga, LV-1010, Latvija</b>	Apdrošinājuma summa polīsel:	<b>149 850.00 EUR</b>
Tālr./fakss:	<b>[Redacted]</b>		

*Noteikumi: Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr. VA 13/1, spēkā no 2013 gada 25.februāra*

<b>Apdrošināšanas periods:</b>	No <b>21.03.2015</b> plkst. <b>00:00</b> līdz <b>20.03.2016</b> plkst. <b>23:59</b>
<b>Polises operatīvais darbības laiks:</b>	<b>24 stundas diennaktī</b>
<b>Teritorija:</b>	<b>Latvija</b>

**Papildus nosacījumi:**

1. VA noteikumu Nr.VA13/1 punkts 10.7. tiek izteikts šādā redakcijā: "Pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, ja apdrošinātā persona norēķinājusies par pakalpojumiem ar personiskajiem līdzekļiem, nekavējoties tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā 90 (deviņdesmit) dienas pēc apdrošināšanas perioda beigu datuma, iesniedz apdrošinātājam pieteikumu veselības apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai un citus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus. Visus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus un pieteikumu par atlīdzības saņemšanu ir iespējams nosūtīt elektroniski, piesakot atlīdzību Apdrošinātāja mājas lapā [www.seesam.lv](http://www.seesam.lv) vai nosūtīt Apdrošinātājam uz e-pastu: [veseliba@seesam.lv.](mailto:veseliba@seesam.lv), kā arī iesniedzot filiālēs vai nosūtīt pa pastu"

**Kopējā apdrošināšanas prēmija: 14 615.00 EUR**

Ja polisē norādītā apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa netiek samaksāta polisē norādītajā termiņā un apmērā, tad apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā no tā noslēgšanas brīža. **Atsevišķs paziņojums par to, ka apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā, apdrošinājuma ņēmējam nosūtīts netiek.**

Apliecinu, ka patstāvīgi apņemos iepazīties ar apdrošināšanas līguma nosacījumiem apdrošinātāja mājas lapā [www.seesam.lv](http://www.seesam.lv) vai birojā. Gadījumā, ja ar apdrošināšanas līguma nosacījumiem iepazīties nav iespējams, lūdzam nekavējoties sazināties ar apdrošinātāju vai starpnieku.

<b>Maksājuma Nr.:</b>	<b>Apmaksas datums līdz:</b>	<b>Maksājuma summa:</b>
1	08.04.2015	14 615.00 EUR

 Izdošanas vieta: **Centrālais birojs**

 Datums: **27.03.2015**
**Apdrošinātājs:**

  
 \_\_\_\_\_  
**SEESAM INSURANCE AS LATVIJAS FILIĀLE**
**Apdrošinājuma ņēmējs:**

*Apdrošināšanas līguma noteikumus saņēmu, man tie ir saprotami, apņemos tos ievērot un izpildīt.*


  
 \_\_\_\_\_  
**BIEDRĪBA LATVIJAS OLIMPISKĀ KOMITEJA**