

# Pieteikums

## ERGO Kredītnēmēju apdrošināšanai

Šī pieteikuma mērķis ir sniegt Apdrošinātājam informāciju, kas ir nepieciešama apdrošināšanas līguma noslēgšanai. Pieteikuma aizpildīšana neuzliek pienākumu Apdrošinājuma nēmējam vai Apdrošinātājam noslēgt apdrošināšanas līgumu. Ja ir noslēgts apdrošināšanas līgums, tad šis pieteikums ir līguma neatņemama sastāvdaļa.

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle  
Vien. reģ. Nr. 40103336441  
Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013  
Tālr. 1887 (vai +371 67081887)  
E-pasts: info@ergo.lv

### 1. Apdrošinājuma nēmējs/Apdrošinātais

Vārds, uzvārds

Personas kods<sup>1</sup>

						-					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Dzimšanas datums

			.			.					
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

E-pasts

Tālrunis

Dzimums

	Vīrietis		Sieviete
--	----------	--	----------

Pilsonība

Latvijas  Cita

Deklarētās dzīvesvietas adrese

Korespondences adrese (norādīt, ja atšķiras no deklarētās adreses)

<sup>1</sup> Ja apdrošinājuma nēmējs nav Latvijas rezidents, tad papildus lūdzam aizpildīt anketu "Pazīsti savu klientu".

Nodarbošanās, amats

Ikmēneša ienākumi (bruto), EUR

0-500  500-1000  1000-2000  vairāk par 2000

Vai Jūs pats vai Jums daļēji vai pilnībā piederošs uzņēmums nodarbojas ar kādu no turpmāk minētajām darbībām: azartspēļu organizēšana; inkasācijas pakalpojumu sniegšana; tirdzniecība ar dārgmetāliem, dārgakmeniem, mākslas un antkvāriem priekšmetiem; tirdzniecība ar ieročiem un munīciju.

Nē  Jā Ja, jā tad papildus lūdzam aizpildīt anketu "Pazīsti savu klientu" fiziskām personām.

Apdrošināšanas vajadzība

Nodrošināt tuviniekim finansiālu atbalstu  
Apdrošinātā nāves gadījumā.(Dzīvības apdrošināšana)

Papildus iepriekšminētajam nodrošināt finansiālu atbalstu arī sev gadījumā, ja iestātos 1. invaliditātes grupa. (Pilnīgas un neatgriezeniskas invaliditātes apdrošināšana)

**APDROŠINĀJUMA SUMMA**

Apdrošinājuma summa sākumā, EUR  
(Minimālā summa 3000 EUR)

Apdrošinājuma summa beigās, EUR  
(Minimālā summa 3000 EUR)

Dzīvības apdrošināšana



Pilnīgas un neatgriezeniskas invaliditātes apdrošināšana



**LABUMA GUVĒJS (-I) APDROŠINĀTĀ NĀVES GADĪJUMĀ**

Vārds, uzvārds




Personas kods

						-					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Atlīdzības daļa, %




### 2. Saistība ar politiski nozīmīgu personu (PNP<sup>2</sup>)

Vai apdrošinājuma nēmējs pats un/vai tā ģimenes loceklis<sup>3</sup> ir PNP, vai apdrošinājuma nēmējs ir ar PNP cieši saistīta persona<sup>4</sup>?

Nē  Jā Ja apdrošinājuma nēmējs pats ir PNP, tad lūdzu norādīt darba vietas nosaukumu un amatu. Ja apdrošinājuma nēmēja ģimenes loceklis ir PNP vai apdrošinājuma nēmējs ir ar PNP cieši saistīta persona, tad lūdzam norādīt PNP vārdu, uzvārdu, dzimšanas datumu, rezidences valsti, darba vietas nosaukumu, amatu un apdrošinājuma nēmēja saistību ar PNP.

<sup>2</sup> Politiski nozīmīga persona (PNP) – fiziska persona, kura pēdējo 12 mēnešu laikā Latvijas Republikā, citā dalībvalstī vai trešajā valstī ieņem vai ir ieņēmusi, vai viņai ir uzticēts nozīmīgs publisks amats: valsts varas augstākā amatpersona, valsts administratīvās vienības (pašvaldības) vadītājs, valdības vadītājs, ministrs (ministra vietnieks vai ministra vietnieks, ja attiecīgajā valstī ir šāds amats), valsts sekretārs vai cita augsta līmeņa amatpersona valdībā vai valsts administratīvajā vienībā (pašvaldībā), parlamenta deputāts vai līdzīgas likumdošanas struktūras loceklis; politiskās partijas vadības struktūras (valdes) loceklis; konstitucionālās tiesas, augstākās tiesas vai cita līmeņa tiesas tiesnesis (tiesu institūcijas loceklis); augstākās revīzijas (audīta) iestādes padomes vai valdes loceklis, centrālās bankas padomes vai valdes loceklis; vēstnieks, pilnvarotais lietvedis, brunoto spēku augstākais virsnieks, valsts (pašvaldības) kapitālsabiedrības padomes vai valdes loceklis, starptautiskas organizācijas vadītājs (direktors, direktora vietnieks) un valdes loceklis, vai persona, kura šajā organizācijā ieņem līdzvērtīgu amatu.

<sup>3</sup> Politiski nozīmīgas personas (PNP) ģimenes loceklis – politiski nozīmīgas personas: laulātās vai laulātajam pielīdzināma persona (persona par laulātajam pielīdzināmu personu uzskatāma tikai tad, ja attiecīgās valsts likumi tai nosaka šādu statusu); bērns vai laulātā vai laulātajam pielīdzināmas personas bērns, viņa laulātās vai laulātajam pielīdzināma persona; vecāks, vecvečāks vai mazbērns; brālis vai māsa.

<sup>4</sup> Ar politiski nozīmīgu personu (PNP) cieši saistīta persona – fiziska persona, par kuru: ir zināms, ka viņa ir darījuma vai citas ciešas attiecības ar politiski nozīmīgo personu; viņa ir akcionāre vai daļībniece vienā un tajā pašā komercsabiedrībā ar politiski nozīmīgo personu; ir vienīgā tāda juridiskā veidojuma īpašniece, par ko ir zināms, ka tas faktiski izveidots politiski nozīmīgās personas labā.

# Pieteikums

## ERGO Kredītnēmēju apdrošināšanai

Šī pieteikuma mērķis ir sniegt Apdrošinātājam informāciju, kas ir nepieciešama apdrošināšanas līguma noslēgšanai. Pieteikuma aizpildīšana neuzliek pienākumu Apdrošinājuma nēmējam vai Apdrošinātājam noslēgt apdrošināšanas līgumu. Ja ir noslēgts apdrošināšanas līgums, tad šis pieteikums ir līguma neatņemama sastāvdaļa.

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle  
Vien. reģ. Nr. 40103336441  
Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013  
Tālr. 1887 (vai +371 67081887)  
E-pasts: info@ergo.lv

### 3. Otrais Apdrošinātais

Vārds, uzvārds

Dzimšanas datums

 .  .   

Personas kods

    -   

Dzimums

 Virietis  Sieviete

Pilsonība  Latvijas  Cita:

#### APDROŠINĀJUMA SUMMA

Apdrošinājuma summa sākumā, EUR  
(Minimālā summa 3000 EUR)

Dzīvības apdrošināšana

Apdrošinājuma summa beigās, EUR  
(Minimālā summa 3000 EUR)

Pilnīgas un neatgriezeniskas invaliditātes apdrošināšana

#### LABUMA GUVĒJS (-I) APDROŠINĀTĀ NĀVES GADĪJUMĀ

Vārds, uzvārds

Personas kods

 -   

Atlīdzības daļa, %


 -   


 -   


### 4. Apdrošināšanas informācija

Apdrošināšanas periods

 .  .  

Līdz

 .  .  

Iemaksu regularitāte

 Mēneša  Ceturkšņa  Pusgada  Gada

### 5. Apdrošinājuma nēmēja/Apdrošinātā apliecinājums

- Pamatojoties uz manis sniegtu informāciju, ir noskaidrotas manas prasības un vajadzības un man saprotamā veidā ir sniegtā informācija par apdrošināšanas produktu, lai varētu pieņemt lēnumu par apdrošināšanas līguma noslēgšanu, un vēlos iegādāties pieteikumā izvēlēto apdrošināšanas produktu.
- Esmu iepazinies (klātienē un/vai interneta vietnē [www.ergo.lv](http://www.ergo.lv)), saprotu un piekrītu izvēlētā apdrošināšanas produkta noteikumiem, apdrošināšanas piedāvājumam, apdrošināšanas produkta informācijas dokumentam, tajā skaitā par apdrošināšanas izplatītāju un starpniecības atlīdzības apmēru vai metodi un sūdzību iesniegšanas kārtību.
- Es izvēlos saņemt apdrošināšanas polisi, citus apdrošināšanas līguma dokumentus, kā arī ERGO Life Insurance SE, kuras vārdā Latvijā rīkojas ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle (turpmāk tekstā – Apdrošinātājs) pazīojumus:
  - elektroniski (pieteikumā norādītais e-pasts vai [mansergo.lv](http://mansergo.lv))  pa pastu (pieteikumā norādītajā adrese)
- Es piekrītu, ka Apdrošinātājs ir tiesīgs noslēgt, izpildīt un administrēt apdrošināšanas līgumu, izmantojot apdrošināšanas starpnieka pakalpojumus.
- Parakstot un iesnedzot šo apliecinājumu, esmu informēts(-a), ka pirmā apdrošināšanas prēmijas iemaksas veikšana kalpos kā mans apstiprinājums apdrošināšanas līguma (kas tiks nodots man atbilstoši šajā pieteikumā norādītajam sažīnās veidam) noslēgšanai un tas būtu spēkā bez manas paraksta. Esmu informēts, ka apdrošināšana stājas spēkā apdrošināšanas līgumā norādītā apdrošināšanas perioda pirmajā dienā, bet ne oagrā kā ar briedi, kad apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa ir samaksāta pilnā apmērā. Es saprotu, ka man ir tiesības izbeigt līgumu 15 (piecpadsmit) dienu laikā no līguma noslēgšanas dienas un šajā gadījumā Apdrošinātājs atmaksā iemaksāto apdrošināšanas prēmiju.
- Piekritu, ka Apdrošinātājs manus personas datus (vārdu, uzvārdu, personas kodu un kontaktinformāciju) nodod ERGO Insurance SE, reģistrēta Igaunijas Komercreģistrā ar Nr. 10017013, adrese: A. H. Tammsaare tee 47, Tallina 11316, Igaunija, ko Latvijā pārstāv ERGO Insurance SE Latvijas filiāle, reģ. Nr. 40103599913, adrese: Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013, ar mērķi piedāvāt man tās apdrošināšanas pakalpojumus.  Jā  Nē
- Esmu informēts, ka Apdrošinātājs veiks manu personas datu apstrādi saskaņā ar Privātuma politiku, kas ir pieejama tīmekļa vietnē [www.ergo.lv](http://www.ergo.lv), sadaļā Privātuma politika.
- Ar savu parakstu apstiprinu šajā iesniegumā norādīto informāciju un apliecinu, ka esmu informēts, ka ERGO Life Insurance SE, kuras vārdā Latvijā rīkojas ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle (turpmāk tekstā – Apdrošinātājs) veiks personas datu apstrādi saskaņā ar Privātuma politiku, kas ir pieejama tīmekļa vietnē [www.ergo.lv](http://www.ergo.lv) sadaļā Privātuma politika, kā arī esmu iepazinies ar minēto politiku. Es piekrītu, ka Apdrošinātājs apstrādās manus veselības datus, tai skaitā, Apdrošinātājs var pārbaudīt, izvērtēt, pieprasīt un saņemt manus veselības datus no ārstniecības personām, ārstniecības iestādēm un citām iestādēm un personām, iepazīties ar maniem veselības datiem, medicīnisko dokumentāciju, nodot manus veselības datus pārapdrošinātājam, lai veiktu riska izvērtēšanu, pārbaudītu apdrošināšanas līguma saistību izpildes nepieciešamo informāciju un izpildītu apdrošināšanas un pārapdrošināšanas līguma saistības.
- Piekrītu\*
  - \*Esmu informēts/- a, ka gadījumā, ja nepiekritu minētajai personas datu apstrādei, Apdrošinātājs, iespējams, nevarēs nodrošināt izvēlētā apdrošināšanas pakalpojuma sniegšanu.

Ar savu parakstu apstiprinu, ka piekrītu šajā pieteikumā norādītajai informācijai, un apliecinu, ka pieteikumā norādītie dati ir pareizi.

 .  .  

Datums

Apdrošinājuma nēmēja/Apdrošinātā vārds, uzvārds, paraksts

### 6. Aizpilda izplatītājs

Ar savu parakstu apstiprinu, ka:

- Esmu iepazīstinājis apdrošinājuma nēmēju ar apliecinājuma sadaļā norādīto un apdrošināšanas izplatītāja pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas klientam sniedzamo informāciju un apdrošināšanas līguma noteikumiem.
- Pamatojoties uz apdrošinājuma nēmēja sniegtu informāciju, esmu noskaidrojis viņa prasības un vajadzības, kas attiecas uz piedāvājamo produktu.
- Esmu atbildējis uz klienta jautājumiem, un manā rīcībā nav informācijas par papildu riskiem, kas saistīti ar apdrošinātājiem.
- Esmu veicis apdrošinājuma nēmēja identifikāciju  klātienē  attālināti.

 .  .  

Datums

Apdrošināšanas izplatītāja vārds, uzvārds, paraksts