

1. Apdrošinājumaņēmējs

Vārds, Uzvārds / Nosaukums

Personas kods / Dzimšanas datums / Reģ. Nr.

Dzīvesvietas adrese

Korespondences adrese Pilsonība

Dzimšanas valsts e-pasts Dubulpilsonība

Piekrītu, ka Apdrošinātājs sūta paziņojumus un informāciju uz e-pastu ☐

Ienākumu gūšanas veids: ☐ algots darbs ☐ saimnieciskā darbība ☐ cits ☐

Nodokļu rezidences valsts/īs Nodokļu maksātāja identifikācijas numurs/i

Tālrunis

2. Apdrošinātais - Persona A (aizpildīt, ja vienlaicīgi nav apdrošinājumaņēmējs)

Vārds / uzvārds

Personas kods Dzimums ☐ sievieti ☐ vīrieti

Dzīvesvietas adrese

Korespondences adrese

Tālrunis e-pasts Pilsonība

Darba vieta un ieņemamais amats Dzimšanas valsts

3. Līdzapdrošinātais - Persona B (aizpildīt, ja vienlaicīgi apdrošina divas personas)

Vārds / uzvārds

Personas kods Dzimums ☐ sievieti ☐ vīrieti

Dzīvesvietas adrese

Korespondences adrese

Tālrunis e-pasts Pilsonība

Darba vieta un ieņemamais amats Dzimšanas valsts

4. Apdrošināšanas tehniskie noteikumi (pamatapdrošināšanai)

Tarifa tabula Valūta Līguma termiņš (gados)

Apdrošinājuma summa Līguma darbības sākuma datums

5. Pensijas izmaksas biežums (tikai pensijas apdrošināšanā)

reizi gadā ☐ pusgadā ☐ ceturksnī ☐ mēnesī ☐ Garantētais izmaksu periods (gadi)

6. Apdrošināšanas prēmija

Kopā vienreizēja ☐ gadā ☐ pusgadā ☐ ceturksnī ☐ mēnesī ☐

7. Nelaiemes gadījumu papildapdrošināšana bērnam (apdrošinājuma summa)

Vārds, uzvārds p.k.

Nāves gadījumā Kaulu lūzumu gadījumā

Invaliditātes gadījumā Traumu gadījumā

Slimnīcas dienas nauda Ārkārtas medicīniskā palīdzība

8. Papildapdrošināšana (norādīt apdrošinājuma summu)

Persona A

Persona B

Smagu saslimšanu (DD)

Darbaspēju zuduma (B)

Jā ☐ Nē ☐Jā ☐ Nē ☐

Dzīvības termiņapdrošināšana (Ri)

Nelaiemes gadījumu apdrošināšana

Nāves gadījumā

Paliekošas invaliditātes gadījumā

Kaulu lūzumu gadījumā

Traumu gadījumā

Dienas nauda / slimnīcas dienas nauda

Ārkārtas medicīniskā palīdzība

9. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas tiesības

Apdrošināšanas līguma termiņa beigās

Apdrošinātā nāves gadījumā

Līdzapdrošinātā nāves gadījumā

☐ Apdrošinājuma ņēmējs☐ Apdrošinājuma ņēmējs☐ Apdrošinājuma ņēmējs☐ Apdrošinātais☐ Līdzapdrošinātais☐ Apdrošinātais☐ Līdzapdrošinātais☐ Saskaņā ar Civillikumu☐ Saskaņā ar Civillikumu

(Vārds, uzvārds, personas kods)

(Vārds, uzvārds, personas kods)

(Vārds, uzvārds, personas kods)

* ja noteikti vairāki labuma guvēji, pielikumam jāpievieno saraksts ar labuma guvēju personas datiem, norādot arī atlīdzības procentuālo sadalījumu.

10. Informācija par politiski nozīmīgām personām (aizpilda apdrošinājuma ņēmējs)**Lūdzu norādiet, vai atbilstat kādai no šādām pazīmēm:**

1. Latvijas Republikā, vai citā valstī ieņemu vai esmu ieņēmis/usi kādu no šādiem amatiem: valsts varas augstākā amatpersona, valsts administratīvās vienības (pašvaldības) vadītājs, valdības vadītājs, ministrs (ministra vietnieks vai ministra vietnieka 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 (audita) iestādes padomes vai valdes loceklis, centrālās bankas padomes vai valdes loceklis, vēstnieks, pilnvarotais lietvedis, bruņoto spēku augstākais virsnieks, valsts kapitālsabiedrības padomes vai valdes loceklis, starptautiskas organizācijas vadītājs (direktors, direktora vietnieks) un valdes loceklis vai persona, kas šajā organizācijā ieņem līdzvērtīgu amatu.

☐ nē ☐ jā (lūdzu norādiet valsti un amatu)

2. Esmu 1.punktā minēto personu vecāks, vecvecāks vai mazbērns, brālis vai māsa, laulātais vai laulātajam pielīdzināma persona, bērns vai 1.punktā minētās personas laulātā vai laulātajam pielīdzināmas personas bērns, 1.punktā minētās personas bērna laulātais vai laulātajam pielīdzināma persona. Persona par laulātajam pielīdzināmu personu uzskatāma tikai tad, ja attiecīgās valsts likumi tai nosaka šādu statusu.

☐ nē ☐ jā (lūdzu norādiet)

3. Pamatojoties uz publiski pieejamu informāciju esmu persona par kuru ir zināms, ka tai ir darījuma vai citas ciešas attiecības ar kādu no 1.punktā minētajām personām vai esmu akcionārs vai dalībnieks vienā un tajā pašā komercsabiedrībā ar kādu no 1.punktā minētajām personām, kā arī esmu vienīgā tāda juridiska veidojuma īpašnieks, par ko ir zināms, ka tas faktiski izveidots 1.punktā minētās personas labā;

☐ nē ☐ jā (lūdzu norādiet valsti un amatu)

4. Vai apdrošināšanas prēmijas samaksai plānojat izmantot trešajām personām piederošus līdzekļus un veikt darījumus trešo personu interesēs/ uzdevumā?

☐ nē ☐ jā (lūdzu norādiet kuras personas interesēs/ uzdevumā)

11. Apdrošinātā un līdzapdrošinātā paziņojumi

11.1. Sniegto ziņu (datu) aizsardzība

Es piekrītu tam, ka informāciju, kuru Apdrošinātājs iegūst no apdrošināšanas pieteikuma vai rakstiskiem paziņojumiem līguma darbības laikā (piemēram, par apdrošināšanas prēmiju, apdrošināšanas gadījumiem, apdrošinātā riska un apdrošināšanaslīguma izmaiņām), nepieciešamajā apmērā nodod pārāpdrošinātājiem riska izvērtēšanai, pārāpdrošināšanas veikšanai, kā arī atlīdzības prasību novērtējumam. Informāciju par manu veselības stāvokli Apdrošinātājs drīkst sniegt tikai citiem apdrošinātājiem vai pārāpdrošinātājiem.

Ar šo apliecinu, ka esmu informēts par ERGO Life Insurance SE kā personas datu pārziņa tiesībām apstrādāt manus personas datus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma saistību izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

Esmu informēts, ka ERGO Life Insurance Se likumā "Par nodokļiem un nodevām" noteiktajos gadījumos un kārtībā sniedz datus Valsts ieņēmumu dienestam, kā arī esmu informēts, ka mani dati tiks apstrādāti un nosūtīti Valsts ieņēmumu dienestam normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā un paredzētajiem mērķiem.

11.2. Pilnvarojums

Ar šo pilnvarojumu ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle pārbaudīt un novērtēt visus par manu veselības stāvokli sniegtos datus un ziņas, izjautāt ārstus, kuri ir izmeklējuši vai ārstējuši mani, medicīnas iestādes, kurās es tiku vai tikšu ārstēts vai izmeklēts, tāpat arī citus apdrošinātājus. Šīs darbības pilnvarojumu veikt pie līguma noslēgšanas un visā apdrošināšanas līguma darbības laikā. Iestājoties nāves gadījumam, Apdrošinātājam ir tiesības izjautāt ārstus, kā arī pieprasīt ziņas no citām iestādēm par nāves cēloņiem vai slimībām, kuras izraisījušas nāvi. Šīs darbības pilnvarojumu veikt visā apdrošināšanas līguma darbības laikā.

12. Apdrošinātāja paziņojumi

12.1. Pieteikuma saistošais termiņš

Pieteikums dzīvības apdrošināšanai ir spēkā 30 (trīsdesmit) kalendārās dienas no tā parakstīšanas brīža. Apdrošinātājs 15 (piecpadsmit) dienu laikā no apdrošināšanas pieteikuma saņemšanas dienas rakstveidā paziņo apdrošināšanas pieteikuma iesniedzējam apdrošināšanas noteikumus, saskaņā ar kuriem tas ir gatavs noslēgt apdrošināšanas līgumu vai arī apdrošinātājs paziņo par nepieciešamību veikt pirmsapdrošināšanas pārbaudi. Pieteikumā norādīto apdrošināšanas līguma darbības sākumu Apdrošinātājs var mainīt atkarībā no visu apdrošināšanas polises izdošanai nepieciešamo datu saņemšanas. Apdrošināšanas līguma sākuma datums tiek norādīts apdrošināšanas polisē. Par veselības stāvokļa vai citu pieteikumā sniegto datu izmaiņām, kas notikušas laika posmā no pieteikuma aizpildīšanas dienas līdz apdrošināšanas polises izdošanas dienai, nekavējoties ir rakstveidā jāpaziņo Apdrošinātājam, pretējā gadījumā apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā.

Apdrošinājuma ņēmējs

(Vārds, uzvārds)

(paraksts)

Apdrošinātais - Persona A

(Vārds, uzvārds)

(paraksts)

Apdrošinātais - Persona B

(Vārds, uzvārds)

(paraksts)

Starpnieks

(Vārds, uzvārds / paraksts)

Kods

Datums

(diena, mēnesis, gads)