

**1. Apdrošinājumaņēmējs**Vārds, Uzvārds / Nosaukums Personas kods<sup>1</sup> / Reģ. Nr.  Dzimšanas datums .. Dzimums:  Vīrietis  SievieteE-pasts  Tālrunis Pilsonība:  Latvijas  Cita<sup>2</sup>  Dzimšanas valsts:  Latvija  Cita<sup>3</sup> Nodokļu rezidences valsts:  Latvijas  Cita<sup>2</sup>  Nodokļu maksātāja Nr. (ja vairāki, norādīt visus):   
(Pildīt tikai, ja rezidence ir "cita")Deklarētās dzīvesvietas adrese Korespondences adrese (norādīt, ja atšķiras no deklarētās adreses) Amats, nodarbošanās 

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, dārgakmeņiem, mākslas un antikvāriem priekšmetiem; tirdzniecība ar ieročiem un munīciju.

 Nē  Jā Ja, jā tad papildus lūdzam aizpildīt anketu "Pazīsti savu klientu".1 Ja apdrošinājumaņēmējs nav Latvijas rezidents, tad papildus lūdzam aizpildīt anketu "Pazīsti savu klientu".2 Ja vairākas, tad norādīt visas. Ja fiziskā personai ir ASV pilsonis, tad vienlaicīgi ir jāaizpilda un jāiesniedz ERGO arī iesnieguma forma W9 (<http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf>).**2. Apdrošinātais - Persona A (Jāpilda, ja vienlaicīgi nav apdrošinājumaņēmējs)**Vārds / uzvārds Personas kods  Dzimšanas datums ..Dzimums:  Vīrietis  Sieviete Tālrunis  e-pasts Amats, nodarbošanās **3. Līdzapdrošinātais (Persona B) (Jāpilda, ja vienlaicīgi tiek apdrošinātas divas personas)**Vārds / uzvārds Personas kods  Dzimšanas datums ..Dzimums:  Vīrietis  Sieviete Tālrunis  e-pasts Amats, nodarbošanās **4. Apdrošināšanas tehniskie noteikumi (pamatapdrošināšanai)**Tarifa tabula  Valūta  Valūtas simbolus:  E  U  R 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 atbildības saņemšanas tiesības**

Apdrošināšanas līguma termiņa beigās

 Apdrošinājumaņēmējs Apdrošinātais Līdzapdrošinātais

(Vārds, uzvārds, personas kods, rezidences valsts)

Apdrošinātā nāves gadījumā

 Apdrošinājumaņēmējs Līdzapdrošinātais Saskaņā ar Civillikumu

(Vārds, uzvārds, personas kods, rezidences valsts)

Līdzapdrošinātā nāves gadījumā

 Apdrošinājumaņēmējs Apdrošinātais Saskaņā ar Civillikumu

(Vārds, uzvārds, personas kods, rezidences valsts)

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

**10. Saistība ar Politiski nozīmīgu personu (PNP)<sup>1</sup>****Lūdzu norādīt, vai atbilstat kādai no šādām pazīmēm:**Vai apdrošinājumaņēmējs pats un/vai tā ģimenes loceklis<sup>2</sup> ir PNP, vai apdrošinājumaņēmējs ir ar PNP cieši saistīta persona<sup>3</sup>?

nē  jā Ja apdrošinājumaņēmējs pats ir PNP, tad lūdzu norādīt darba vietas nosaukumu un amatu. Ja apdrošinājumaņēmēja ģimenes loceklis ir PNP vai apdrošinājumaņēmējs ir ar PNP cieši saistīta persona, tad lūdzam norādīt PNP vārdu, uzvārdu, dzimšanas datumu, rezidences valsti, darba vietas nosaukumu, amatu un apdrošinājumaņēmēja saistību ar PNP.

<sup>1</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 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 (pašvaldības) kapitālsabiedrības padomes vai valdes loceklis, starptautiskas organizācijas vadītājs (direktors, direktora vietnieks) un valdes loceklis, vai persona, kura šajā organizācijā ieņem līdzvērtīgu amatu.

<sup>2</sup>Politiski nozīmīgas personas (PNP) ģimenes loceklis – politiski nozīmīgas personas: laulātais 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 laulātais vai laulātajam pielīdzināma persona; vecāks, vecvecāks vai mazbērns; brālis vai māsa.

<sup>3</sup>Ar politiski nozīmīgu personu (PNP) cieši saistīta persona – fiziska persona, par kuru: ir zināms, ka viņai ir darījuma vai citas ciešas attiecības ar politiski nozīmīgu personu; viņa ir akcionāre vai dalībniece vienā un tajā pašā komercsabiedrībā ar politiski nozīmīgu personu; ir vienīgā tāda juridiskā veidojuma īpašniece, par ko ir zināms, ka tas faktiski izveidots politiski nozīmīgas personas labā.

## 11. Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā un Līdzapdrošinātā paziņojumi

### 11.1. Parakstot šo pieteikumu, es apliecinu, ka

- pieteikumā sniegtā informācija ir pilnīga, pareiza un atbilst patiesībai, un man ir nepieciešamās pilnvaras citu personu personas datu nodošanai apdrošinātājam;
- esmu iepazinies klātienē vai interneta vietnē [www.ergo.lv](http://www.ergo.lv) ar pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas klientam sniedzamo informāciju, tai skaitā par apdrošināšanas izplatītāju un starpniecības atlīdzības apmēru vai metodi, sūdzību iesniegšanas kārtību, pieteikumā norādītā apdrošināšanas produkta Pamatinformācijas dokumentu, lai izprastu piedāvātā produkta būtību un riskus;
- pamatojoties uz manis sniegto informāciju, ir noskaidrotas manas prasības un vajadzības, un man saprotamā veidā ir sniegta informācija par apdrošināšanas produktu, lai varētu pieņemt uz sniegto informāciju balstītu lēmumu par apdrošināšanas līguma noslēgšanu, bet neatkarīgi no tā vēlos iegādāties Pieteikumā izvēlēto apdrošināšanas produktu;
- esmu iepazinies un piekritu piedāvātā apdrošināšanas produkta noteikumiem, un man saistošai informācijai, kas pieejama interneta vietnē [www.ergo.lv](http://www.ergo.lv);
- pilnvaroju Apdrošinātāju nosūtīt savus paziņojumus saistībā ar apdrošināšanas līgumu uz elektroniskā pasta adresi, ko esmu norādījis Apdrošinātājam. Es apzinos, ka elektroniskais pasts ne vienmēr ir uzskatāms par drošu informācijas apmaiņas veidu, un apņemos necelt nekādus iebildumus pret Apdrošinātāju par informācijas (ieskaitot manu datu un citas konfidencialas informācijas) sūtīšanu pa elektronisko pastu;
- pilnvaroju Apdrošinātāju nosūtīt man ar apdrošināšanas līgumu saistītu informāciju un paziņojumus Apdrošinātāja klientu pašapkalpošanās portālā (mansergo), kas pieejams interneta vietnē [www.ergo.lv](http://www.ergo.lv);
- esmu informēts, ka Apdrošinātājs normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos un kārtībā sniedz ziņojumu Valsts ieņēmumu dienestam, kā arī esmu informēts, ka mani dati tiks apstrādāti un iesniegti Valsts ieņēmumu dienestam normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;
- esmu iepazinies ar Apdrošinātāja privātuma politiku (pieejama tīmekļa vietnē [www.ergo.lv](http://www.ergo.lv)) un esmu informēts, ka, izvērtējot informāciju pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas, noslēdzot apdrošināšanas līgumu un iesniedzot atlīdzības pieteikumu, apdrošinātājs apstrādās manus un manis norādīto personu datus (t.sk. veselības datus un personas kodus), apzinos, ka iesniegtie dati var tikt izmantoti arī, bet ne tikai, riska izvērtēšanai, atlīdzību prasību novērtēšanai, nodoti pārapdrošinātājiem un citām apdrošināšanas līguma noslēgšanas un izpildes procesā iesaistītām personām;
- piekritu, ka Apdrošināšanas starpnieks ir tiesīgs saņemt un apstrādāt informāciju par apdrošināšanas līguma izpildes stāvokli, kā arī pēc Apdrošinātāja pieprasījuma nosūtīt informāciju saskaņā ar Apdrošināšanas noteikumiem.

### 11.2. Piekrišana

es piekritu, 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.

Apdrošinātais - Persona A  Piekrišu\* Apdrošinātais - Persona B  Piekrišu\*

\*Esmu informēts/- a, ka gadījumā, ja nepiekrītu minētajai personas datu apstrādei, Apdrošinātājs, iespējams, nevarēs nodrošināt izvēlēto apdrošināšanas pakalpojuma sniegšanu.

## 12. Apdrošinātāja paziņojumi

### 12.1. Pieteikuma saistošais termiņš

Šis pieteikums dzīvības apdrošināšanai ir spēkā 3 (trīs) mēnešus 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. Apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā, ja laika posmā no Pieteikuma aizpildīšanas dienas līdz Polises izdošanas dienai mainījušies Pieteikumā sniegtie personas dati vai notikušas izmaiņas Apdrošinātās personas veselības stāvoklī un Apdrošinātājs nav pienācīgi informēts par šādām izmaiņām.

## 13. Apdrošināšanas izplatītāja pārstāvja paziņojumi

Apstiprinu, ka:

- pamatojoties uz apdrošinājuma ņēmēja sniegto informāciju, esmu noskaidrojis viņa prasības un vajadzības, kā arī zināšanas un pieredzi ieguldījumu jomā, kas attiecas uz piedāvājamo produktu, kā rezultātā esmu sniedzis apdrošināšanas produkta rekomendāciju;
- esmu iepazīstinājis apdrošinājuma ņēmēju ar šajā pieteikumā norādīto un apdrošināšanas izplatītāja pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas klientam sniedzamo informāciju un apdrošināšanas līguma noteikumiem;
- esmu atbildējis uz klienta jautājumiem, un manā rīcībā nav informācijas par papildu riskiem, kas saistīti ar apdrošinātājiem;
- nav konstatēti interešu konflikti, kas varētu negatīvi ietekmēt klienta intereses;
- klientam ir sniegta informācija par visām izmaksām un citām maksām saistībā ar apdrošināšanas ieguldījumu produktu;
- esmu veicis apdrošinājuma ņēmēja klātienē identifikāciju.

Ar savu parakstu apliecinu, ka šajā pieteikumā sniegtā informācija ir pilnīga un sniegtās ziņas atbilst patiesībai.

Vieta	<input type="text"/>	Datums	<input type="text"/>
			(diena, mēnesis, gads)
Apdrošinājuma ņēmējs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(Vārds, uzvārds)		(paraksts)
Apdrošinātais - Persona A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(Vārds, uzvārds)		(paraksts)
Apdrošinātais - Persona B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(Vārds, uzvārds)		(paraksts)
Apdrošināšanas izplatītāja pārstāvis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(Vārds, uzvārds)	(Kods)	(paraksts)