

# Pieteikums

## ERGO Kredītņēmēju apdrošināšanai

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

# ERGO

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 ņēmējs/Apdrošinātais

Vārds, uzvārds

Personas kods<sup>1</sup>

Dzimšanas datums

E-pasts

Tālrūnis

Dzimums

☐ Vīrietis ☐ Sieviete

Pilsonība

☐ Latvijas ☐ Cita<sup>2</sup>

Dzimšanas valsts

☐ Latvija ☐ Cita<sup>3</sup>

Nodokļu rezidences valsts

☐ Latvija ☐ Cita<sup>2</sup>

Nodokļu maksātāja numurs

(jānorāda, ja nodokļi tiek maksāti arī ārpus Latvijas)

Deklarētās dzīvesvietas adrese

Korespondences adrese (norādīt, ja atšķiras no deklarētās adreses)

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

<sup>2</sup> Ja vairākas, tad norādīt visas. Ja fiziskā persona ir ASV pilsonis, tad vienlaicīgi ir jāaizpilda un jāiesniedz ERGO arī iesnieguma forma W9 (<http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf>).

<sup>3</sup> Ja vairākas, tad norādīt visas. Ja atbilde norāda uz personas saistību ar ASV, tad personai vienlaicīgi ir jāaizpilda un jāiesniedz ERGO arī iesnieguma forma W8 (<http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw8ben.pdf>).

Nodarbošanās, amats

Ikmēneša ienākumi (bruto), EUR

☐ 0–500 ☐ 500–1000 ☐ 1000–2000 ☐ vairāk par 2000

Apdrošināšanas vajadzība

☐ Nodrošināt tuviniekiem 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

Dzīvības apdrošināšanas summa sākumā, EUR

Dzīvības apdrošināšanas summa polises beigās, EUR

☐ Tāda pati kā polises sākumā ☐ Samazināta līdz

EUR (minimālā summa ir 3000 EUR)

Pilnīgas un neatgriezeniskas invaliditātes apdrošināšana

☐ Iekļaut polisē (apdrošinājuma summa ir tāda pati kā dzīvības apdrošināšanā)

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

Vārds, uzvārds

Personas kods

Atlīdzības daļa, %

## 2. Saistība ar politiski nozīmīgu personu (PNP<sup>4</sup>)

Vai apdrošinājuma ņēmējs pats un/vai tā ģimenes loceklis<sup>5</sup> ir PNP, vai apdrošinājuma ņēmējs ir ar PNP cieši saistīta persona<sup>6</sup>?

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

<sup>4</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 publiskais 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>5</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>6</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 nozīmīgās personas labā.

# Pieteikums

## ERGO Kredītņēmēju apdrošināšanai

Šis pieteikuma mērķis ir sniegt Apdrošinātājam informāciju, kas ir nepieciešama apdrošināšanas līguma noslēgšanai. Pieteikuma aizpildīšana neuzliek pienākumu Apdrošinājuma ņēmējam 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

☐ Vīrietis ☐ Sieviete

Dzimšanas valsts ☐ Latvijas ☐ Cita:

Pilsonība ☐ Latvijas ☐ Cita:

Rezidences valsts ☐ Latvijas ☐ Cita:

Nodokļu rezidences valsts ☐ Latvijas ☐ Cita:

#### APDROŠINĀJUMA SUMMA

Dzīvības apdrošināšanas summa sākumā, EUR

Dzīvības apdrošināšanas summa polises beigās, EUR

☐ Tāda pati kā polises sākumā ☐ Samazināta līdz  EUR (minimālā summa ir 3000 EUR)

Pilnīgas un neatgriezeniskas invaliditātes apdrošināšana

☐ Iekļaut polisē (apdrošinājuma summa ir tāda pati kā dzīvības apdrošināšanā)

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

Vārds, uzvārds

Personas kods

Atlīdzības daļa, %

### 4. Apdrošināšanas informācija

Apdrošināšanas periods

No  .  .  Līdz  .  .

Iemaksu regularitāte

☐ Mēneša ☐ Ceturkšņa ☐ Pusgada ☐ Gada

Vēlamais polises sākuma un iemaksas datums ☐ 10 ☐ 25

### 5. Apdrošinājuma ņēmēja/Apdrošinātā apliecinājums

- 5.1. Pamatojoties uz manis sniegto informāciju, ir noskaidrotas manas prasības un vajadzības un man saprotamā veidā ir sniegta informācija par apdrošināšanas produktu, lai varētu pieņemt lēmumu par apdrošināšanas līguma noslēgšanu, un vēlos iegādāties pieteikumā izvēlēto apdrošināšanas produktu.
- 5.2. Esmu iepazinies (klātienē un/vai interneta vietnē **www.ergo.lv**), saprotu un piekrītu izvēlēta apdrošināšanas produkta noteikumiem, apdrošināšanas piedāvājumam, apdrošināšanas produkta informācijas dokumentam, tajā skaitā par apdrošināšanas izplatītāju un starpniecības atlīdzības apmēru vai metodi un sūdzību iesniegšanas kārtību.
- 5.3. 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) paziņojumus:  
☐ elektroniski (ieteikumā norādītais e-pasts vai **mansergo.lv**) ☐ pa pastu (ieteikumā norādītajā adresē)
- 5.4. Es piekrītu, ka Apdrošinātājs ir tiesīgs noslēgt, izpildīt un administrēt apdrošināšanas līgumu, izmantojot apdrošināšanas starpnieka pakalpojumus.
- 5.5. Parakstot un iesniedzot 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 saziņas veidam) noslēgšanai un tas būs spēkā bez mana paraksta. Esmu informēts, ka apdrošināšana stājas spēkā apdrošināšanas līgumā norādītā apdrošināšanas perioda pirmajā dienā, bet ne agrāk kā ar brīdi, 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.
- 5.6. Piekrītu, 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
- 5.7. Esmu informēts, ka Apdrošinātājs veiks manu personas datu apstrādi saskaņā ar Privātuma politiku, kas ir pieejama tīmekļa vietnē **www.ergo.lv**, sadaļā Privātuma politika.
- 5.8. 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** 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 pārappdrošinātājam, lai veiktu riska izvērtēšanu, pārbaudītu apdrošināšanas līguma saistību izpildes nepieciešamo informāciju un izpildītu apdrošināšanas un pārappdrošināšanas līguma saistības.

☐ Piekrītu\*

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

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

Apdrošinājuma ņēmēja/Apdrošinātā vārds, uzvārds, paraksts

Datums

### 6. Aizpilda Luminor Bank AS Latvijas filiāles pārstāvis

Luminor Bank AS Latvijas filiāles pārstāvja vārds, uzvārds

Datums