

## UZKRĀJUMS BĒRNA NĀKOTNEI

## APDROŠINĀŠANAS PIETEIKUMS



Datums \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pieteikuma Nr. \_\_\_\_\_ Vieta \_\_\_\_\_

## APDROŠINĀTAIS/APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_  Sieviete  Vīrietis  Rezidents  Nerezidents

Personas kods \_\_\_\_\_ Tālrunis (mājas/mobilais) \_\_\_\_\_ Tālrunis (darba) \_\_\_\_\_

Deklarētā adrese \_\_\_\_\_ LV - \_\_\_\_\_

Korespondences adrese \_\_\_\_\_ LV - \_\_\_\_\_

Amats/Profesija \_\_\_\_\_ Nozare \_\_\_\_\_ E-pasts \_\_\_\_\_

Vidējie mēneša ienākumi pēc nodokļu atskaitījuma \_\_\_\_\_ Nor. konta Nr. \_\_\_\_\_

## LABUMA GUVĒJI

Labuma guvēja radniecība  
vai saistība ar apdrošinātoVārds, uzvārds \_\_\_\_\_ Personas kods \_\_\_\_\_ Daļa (%) **100** \_\_\_\_\_

## APDROŠINĀŠANAS TERMIŅŠ

  gadi Vēlamais apdrošināšanas sākuma datums \_\_\_\_\_

## APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJAS MAKSĀŠANAS PERIODS

 mēnesis  ceturksnis  pusgads  gads

## UZKRĀJUMS

 Uzkrājums ar garantētu peļņu

Dzīvības apdrošināšanas ar līdzekļu uzkrāšanu noteikumi Nr. 101.054

Uzkrājuma pieaugums ir 3,5% gadā pirmos piecus apdrošināšanas gadus un 3% gadā visus turpmākos apdrošināšanas gadus

 Tirgum piesaistītais uzkrājums

Dzīvības apdrošināšanas ar līdzekļu uzkrāšanu noteikumi Nr. 101.061

Uzkrājuma pieaugums ir atkarīgs no investīciju sadalījuma. Ar ieguldījumiem saistīto investīciju risku uzņemas Apdrošinājuma ņēmējs

## DZĪVĪBAS RISKĀ APDROŠINĀJUMA SUMMA, VALŪTA

Apdrošinājuma summa termiņa sākumā \_\_\_\_\_ Apdrošinājuma summa termiņa beigās \_\_\_\_\_

## PABALSTS APDROŠINĀTĀ NĀVES GADĪJUMĀ

 Nē  Jā Apdrošinājuma summa \_\_\_\_\_

## NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANA

 Vēlos Nelaiemes gadījumu papildapdrošināšanu

Nelaiemes gadījumu papildapdrošināšanas noteikumi Nr. 121.023/121.024

 Nevēlos Nelaiemes gadījumu papildapdrošināšanu

## APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_ Personas kods \_\_\_\_\_

## NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANAS VEIDS

 A- nāve  B- nāve, invaliditāte  E- nāve, invaliditāte, ārstēšanās slimnīcā  D- nāve, invaliditāte, ārstēšanās slimnīcā, darba nespēja  T- nāve, invaliditāte, traumu tabula\*

\*Atlīdzību nosaka pēc "Atlīdzību aprēķināšanas tabulas"

## NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANAS APDROŠINĀJUMA SUMMA, VALŪTA

Apdrošinājuma summa pirmajā apdrošināšanas gadā \_\_\_\_\_ Apdrošinājuma summa pēdējā apdrošināšanas gadā \_\_\_\_\_

## PIRMĀ APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA

Pirmās apdrošināšanas prēmijas apjoms, kas jāiemaksā apdrošinātāja kontā 14 dienu laikā no polises izdošanas datuma, lai apdrošināšana stātos spēkā \_\_\_\_\_

## KĀRTĒJĀ APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA

Turpmāko apdrošināšanas prēmiju apjoms, \_\_\_\_\_ maksāšanas periodā  
Kas nevar būt mazāks par apdrošinātāja noteikto minimālo apdrošināšanas prēmiju

## NORĒĶINI

Maksājumu atgādinājumus  sūtīt pa pastu  sūtīt pa e-pastu\*  nesūtīt Noslēgt automātiskā maksājuma (Itella) līgumu  Noslēgt regulārā maksājuma līgumu ar maksājumu mēneša \_\_\_\_\_ datumā

Pieteikuma turpinājums lapas otrā pusē

Apdrošinātais/Apdrošinājuma ņēmējs:

Apdrošinātāja pārstāvis:

Paraksts \_\_\_\_\_

Paraksts \_\_\_\_\_

## ĪPAŠIE NOTEIKUMI

### Aizpildiet, ja neesat iesniedzis Veselības un nodarbošanās deklarāciju

Apliecinu, ka apdrošināšanas pieteikuma iesniegšanas brīdī man nav piešķirta invaliditātes grupa, nav diagnosticēts vēzis, audzējs vai citas onkoloģiskas saslimšanas, nav sirds vai asinsvadu saslimšanas, nav cukura diabēts.

Apliecinu, ka nenodarbojos ar paaugstināta riska sporta veidiem vai vaļaspriekiem, piemēram, autosportu, niršanu ar elpošanas aparātiem vai izpletņlēcšanu.

Jā, apliecinu  Nevaru apliecināt (šajā gadījumā lūdzam aizpildīt Veselības un nodarbošanās deklarāciju, kas ir neatņemama šī apdrošināšanas pieteikuma sastāvdaļa)

### Informācija:

Pieteikuma aizpildīšana neuzliek saistības ne apdrošinājumaņēmējam slēgt apdrošināšanas līgumu, ne apdrošinātājam izmaksāt atlīdzību. Apdrošināšanas līgums uzskatāms par noslēgtu tikai tad, kad apdrošinātājs un apdrošinājumaņēmējs ar saviem parakstiem apstiprinājuši apdrošināšanas līgumu. Pirmā apdrošināšanas prēmija jāsamaksā 14 dienu laikā pēc apdrošināšanas polises izdošanas dienas. Apdrošināšana stājas spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā datumā, bet ne ātrāk kā pēc pirmās apdrošināšanas prēmijas iemaksas apdrošinātāja kontā.

**Ja apdrošināmā persona ir pakļauta paaugstinātam riskam, apdrošinātājs var paaugstināt prēmijas apmēru. Apdrošinājumaņēmējs apliecina, ka piekrit apdrošinātāja noteiktai apdrošināšanas prēmijai, parakstot apdrošināšanas polisi.**

\* Rēķini tiek sūtīti, izmantojot neaizsargātu datu kanālu - e-pastu.

### Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātais, parakstot šo apdrošināšanas pieteikumu:

apliecina, ka sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga. Ar apdrošināšanas noteikumiem ir iepazinies, tos saprot un tiem piekrīt, kā arī ir informēts, ka šis apdrošināšanas pieteikums ir neatņemama apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.

Ar šī pieteikuma parakstīšanas brīdi apdrošinātais piekrīt, ka ārstniecības iestādes un ārstniecības personas sniedz informāciju AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana" par apdrošinātā veselības stāvokli un medicīnisko aprūpi.

Apliecina, ka atļauj AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana", reģ. Nr. 40003012938, Antonijas ielā 9, kā sistēmas pārzinim un personas datu operatoram apstrādāt personas datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīviem aktiem.

Parakstot šo pieteikumu, klients piekrīt, ka AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana" nodod un saņem klienta personas datus no AS "SEB banka" un citiem tās meitas uzņēmumiem (SIA "SEB līzings", AS "SEB atklātais pensiju fonds", ieguldījumu pārvaldes IP AS "SEB Wealth Management" u.c.) ar mērķi nodrošināt AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana", AS "SEB banka" un citu to meitas uzņēmumu pakalpojumu sniegšanu klientam.

### Apdrošinātais/Apdrošinājumaņēmējs:

Paraksts \_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

### Apdrošinātāja pārstāvis:

Paraksts \_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Kods \_\_\_\_\_

Filiāle, tālrunis \_\_\_\_\_

### Sadarbībā ar

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Kods \_\_\_\_\_

Komentāri \_\_\_\_\_

### AIZPILDA RISKA NOVĒRTĒTĀJS

Riska novērtētāja vērtējums

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_ Paraksts \_\_\_\_\_ Datums \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_