

## KREDĪTŅĒMĒJA DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANA BEZ LĪDZEKĻU UZKRĀŠANAS

## APDROŠINĀŠANAS PIETEIKUMS



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

## APDROŠINĀTAIS

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

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

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

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

Ieņemamais amats/Profesija \_\_\_\_\_ Nozare \_\_\_\_\_ E-pasts \_\_\_\_\_

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

## LABUMA GUVĒJI

Labuma guvēja radniecība vai saistība ar apdrošināto

1. Vārds, uzvārds/  
Nosaukums \_\_\_\_\_ Personas kods/  
Reģ. Nr. \_\_\_\_\_ Daļa (%) \_\_\_\_\_ Neatmaksātā  
aizdevuma apmērā \_\_\_\_\_2. Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_ Personas kods \_\_\_\_\_ Daļa (%) \_\_\_\_\_ Atlikušās atlīdzības  
apmērā \_\_\_\_\_

## APDROŠINĀŠANAS TERMIŅŠ

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

## APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJAS MAKSĀŠANAS PERIODS

 mēnesis  ceturksnis  pusgads  gads  vienreizēja iemaksa

## DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI Nr. 141.012

## APDROŠINĀJUMA SUMMA, APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA, VALŪTA

Ja apdrošinājuma summa nav vienāda apdrošināšanas termiņa sākumā un termiņa beigās, tad apdrošinājuma summa un apdrošināšanas prēmija mainās saskaņā ar grafiku (sk. tabulu Pielikumā)

Apdrošinājuma summa termiņa sākumā \_\_\_\_\_ Apdrošinājuma summa termiņa beigās \_\_\_\_\_ Apdrošināšanas prēmija \_\_\_\_\_

## NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI Nr. 121.023

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

\*Atlīdzību nosaka pēc "Atlīdzību aprēķināšanas tabulas"

## APDROŠINĀJUMA SUMMA, APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA, VALŪTA

Ja apdrošinājuma summa nav vienāda apdrošināšanas termiņa sākumā un termiņa beigās, tad apdrošinājuma summa un apdrošināšanas prēmija mainās saskaņā ar grafiku (sk. tabulu Pielikumā)

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

## KOPĒJĀ APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA

## NORĒĶINI

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

## ĪPAŠIE NOTEIKUMI

Pieteikuma turpinājums lapas otrā pusē

Apdrošinātais/Apdrošinājumaņēmējs:

Apdrošinātāja pārstāvis:

Paraksts \_\_\_\_\_

Paraksts \_\_\_\_\_

## ĪPAŠIE NOTEIKUMI

### Aizpilda apdrošinātais, ja nav 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 izpletņlēkšanu.

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.

Pamatojoties uz apdrošinātāja izstrādātajiem tarifiem un atbilstoši apdrošinājuma summai, apdrošinātājs nosaka dzīvības riska un, ja apdrošināšanas pieteikums to paredz, papildapdrošināšanas prēmijas apmēru, ko norāda apdrošināšanas polisē.

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

### Apdrošinājumaņēmēja/Apdrošinātā apliecinājums

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātājs apliecina, ka sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga. Ar apdrošināšanas noteikumiem ir iepazinies, tos saprot un tiem piekritis, kā arī ir informēts, ka šis apdrošināšanas pieteikums ir neatņemama apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātājs piekritis, ka AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana" rēķinus, RTR pakalpojuma un citus paziņojumus nosūta izmantojot neaizsargātu datu kanālu e-pastu.

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinātājs pilnvaro AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana" pieprasīt un saņemt informāciju no ārstniecības iestādēm un ārstniecības personām par Apdrošinātā veselības stāvokli un medicīnisko aprūpi apdrošināšanas līguma noslēgšanai un apdrošināšanas līguma saistību nodrošināšanai un izpildei.

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātājs piekritis, ka AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana", reģ. Nr. 40003012938, Antonijas ielā 9, Rīga, kā sistēmas pārzinis un personas datu operators apstrādā 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 Latvijas Republikas normatīviem aktiem.

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātājs piekritis, ka AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana" nodod personas datus AS "SEB banka" un tās saistītiem uzņēmumiem, informācijas tai skaitā komerciālu paziņojumu saņemšanai, kuri nodoti cita starpā arī e-pasta vēstulešu mobilo sakaru izsiņu veidā, par AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana", mātes uzņēmuma AS "SEB banka" un tās saistīto uzņēmumu esošajiem un nākamajiem pakalpojumiem.

### Apdrošinātājs/Apdrošinājumaņēmējs:

Paraksts \_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

### Apdrošinātāja pārstāvis:

Paraksts \_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Kods \_\_\_\_\_

Filiāle, tālrunis \_\_\_\_\_

### Sadarbībā ar

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Kods \_\_\_\_\_

Komentāri \_\_\_\_\_

### Aizpilda apdrošinātāja pārstāvis

Apdrošināšana ir saskaņota ar aizdevuma līgumu:  Jā  Nē Procentu likme \_\_\_\_\_ %

Cita informācija

### AIZPILDA RISKĀ NOVĒRTĒTĀJS

Riska novērtētāja vērtējums

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