

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  vienreizēja iemaksa

## UZKRĀJUMS

 Uzkrājums ar garantētu peļņu

Dzīvības apdrošināšanas ar līdzekļu uzkrāšanu noteikumi Nr. 101.054

 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

Nelaimes gadījumu papildapdrošināšanas noteikumi Nr. 121.023/121.024

## APDROŠINĀTAIS

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

 A- nāve B- nāve, invaliditāte D- nāve, invaliditāte, ārstēšanās  
slimnīcā, darba nespēja K- invaliditāte (nav pieejams not. 101.054) E- nāve, invaliditāte,  
ārstēšanās slimnīcā T- nāve, invaliditāte, traumu tabula\*

\*Atļidzību nosaka pēc "Atļidzību 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 \_\_\_\_\_

## 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, kas nevar būt mazāks par apdrošinātāja noteikto minimālo apdrošināšanas prēmiju \_\_\_\_\_ maksāšanas periodā

## NORĒĶINI

Maksājumu atgādinājumus  sūtīt pa pastu  sūtīt pa e-pastu\*  nesūtīt Noslēgt automatiskā 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

### Aizpilda apdrošinātājs, 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 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.

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 piekrit 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 piekrīt, kā arī ir informēts, ka šis apdrošināšanas pieteikums ir neatņemama apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.

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

Parakstot šo pieteikumu, apdrošinājumaņēmējs/apdrošinātājs apliecina, ka ir informēts par to, ka tiesību akti neparedz izmaksas no apdrošināto aizsardzības fonda par par apdrošināšanas līgumu, saskaņā ar šajā pieteikumā norādītajiem apdrošināšanas noteikumiem Nr.101.061.

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 piekrīt, 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 piekrīt, 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 vēstuļu 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 RISKA NOVĒRTĒTĀJS

Riska novērtētāja vērtējums

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