

PENSIJU 3. LĪMENIS

PIELIKUMS INDIVIDUĀLĀS DALĪBAS LĪGUMAM

Spēkā no
2010. gada 1. janvāra

Līguma Nr.

Ja pieteikums netiek aizpildīts elektroniski, tad, lūdzu, aizpildiet ar melnu vai zilu pildspalvu, drukātiem burtiem un atzīmējiet (✓), apliecinot savu izvēli. Ailēs, kuras netiek aizpildītas, ievelciet svītru.

Pielikumu aizpilda Maksātājs, kurš nav Dalībnieks

Datums ____/____/____

IEMAKSU VEIKŠANAS KĀRTĪBA PENSIJU PLĀNĀ:

- SEB - SABALANSĒTAIS (iemaksām LVL) Konts Nr. LV02UNLA0001100400100, AS "SEB banka", kods UNLALV2X
- SEB - EIROPENSIJA (iemaksām EUR) Konts Nr. LV58UNLA0050001594778, AS "SEB banka", kods UNLALV2X
- SEB - AKTĪVAIS (iemaksām LVL) Konts Nr. LV18UNLA0001100400200, AS "SEB banka", kods UNLALV2X

AIZPILDA, JA MAKSĀTĀJS IR FIZISKA PERSONA:

Vārds, uzvārds rezidents nerezidents

Personas kods — Tālruni

Iemaksu veids un kārtība:

- ar Regulāro maksājumu latos un/vai eiro no sava konta - pieejams tikai AS "SEB banka" klientiem, noslēdzot Regulāro maksājumu uzdevumu līgumu;
- ar Automātisko maksājumu tikai latos - pieejams to banku klientiem, kas minētas automātisko maksājumu līgumā;
- patstāvīgi (skaidrā naudā vai ar pārskaitījumu).

AIZPILDA, JA PAR DALĪBNIĒKU MAKSĀS DARBA DEVĒJS PAPILDUS DARBA ALGAI

Nosaukums / Firma:

Adrese Reģistrācijas Nr.

Maksājuma mērķis

Iemaksas pensiju plānā saskaņā ar Individuālās dalības līgumu Nr.

Par Dalībnieku Personas kods

Dalībnieka vārds, uzvārds

Ja darba devējs veic iemaksas par vairākiem darbiniekiem, pamatojoties uz Individuālās dalības līgumiem, tad maksājums var būt viens, bet Uzņēmumam pirms iemaksas veikšanas Fondam ir elektroniskā formā jānosūta saraksts ar iemaksu sadalījumu pa Dalībniekiem. Ja darba devējs maksā par darbinieku un Dalībnieks arī pats veic individuālas iemaksas ar darba devēja grāmatvedības starpniecību, tad maksājumiem (maksājumu uzdevumiem) jābūt atsevišķiem.

Dalībnieks un Maksātājs, parakstot Līgumu, apstiprina, ka Fonds saņem un nodod Dalībnieka un Maksātāja personas datus Skandināviska Enskilda Banken AB (publ), AS „SEB banka” un citiem tās meitas uzņēmumiem (SIA „SEB līzings”, IPAS „SEB Wealth Management”, AAS „SEB Dzīvības apdrošināšana” un citiem meitas uzņēmumiem) ar mērķi veikt datu sistematizēšanu un apstrādi, lai nodrošinātu Skandināviska Enskilda Banken AB (publ), AS „SEB banka” un tās meitas uzņēmumu pakalpojumu sniegšanu, ievērojot Fizisku personu datu aizsardzības likumā noteiktās normas attiecībā uz personas datu apstrādi.

Dalībnieks un Maksātājs piekrīt visa veida informācijas, tai skaitā komerciālu paziņojumu saņemšanai, kuri nodoti, cita starpā arī e-pasta vēstuļu vai mobilo sakaru īsziņu veidā, par AS „SEB banka” un tās meitas uzņēmumu esošajiem un nākamajiem pakalpojumiem.

MAKSĀTĀJS vai viņa pilnvarotā persona:

Vārds, uzvārds, amats

Personu apliecinošs dokuments un Nr.

Z.V. _____

Maksātāja paraksts

FONDS: _____ DALĪBNIĒKS: _____

Fonda pārstāvja vārds, uzvārds, pilnvaras Nr. *Dalībnieka vārds, uzvārds*

Z.V. _____ *Fonda pārstāvja paraksts* *Dalībnieka paraksts*