

TAVA STILA NORĒĶINU KARTE

PIETEIKUMS LĪGUMA NOSLĒGŠANAI FIZISKĀM PERSONĀM

Spēkā no
2008. gada 11. jūnija

Iesniegts AS "SEB banka" _____ filiālē

Klienta 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, ievielci svītru.

Konta apkalpotāja kods

INFORMĀCIJA PAR KLIENTU

Klienta vārds, uzvārds: Personas kods: -

Dzīvesvietas adrese: Tālrunis:

Kartes lietotāja vārds, uzvārds uz kartes (ar latīņu alfabēta burtiem):

Kartes parole:

Apdrošināšana JĀ NĒ

Attēla kods:

Kartes pamatkonts Nr.: LV UNLA

Kartes papildkonts Nr.: LV UNLA

Papildkartes lietotāja vārds, uzvārds: Personas kods: -

Dzīvesvietas adrese: Tālrunis:

Papildkartes lietotāja vārds, uzvārds uz kartes (ar latīņu alfabēta burtiem):

Kartes parole:

Apdrošināšana JĀ NĒ

Attēla kods:

Kartes pamatkonts Nr.: LV UNLA

Kartes papildkonts Nr.: LV UNLA

Papildkartes lietotāja paraksts: _____

Atskaites saņemšanas vieta: Banka Dzīvesvieta Cita adrese Atskaite nav nepieciešama

Adrese atskaites saņemšanai (Ja atšķiras no dzīvesvietas adreses)

Iela, māja, dzīvoklis Pilsēta/pagasts

Pasta indekss LV- Valsts

KLIENTA PIETEIKUMA APSTIPRINĀJUMS

Parakstot šo Pieteikumu:

Apliecinu, ka visa Pieteikumā sniegtā informācija ir patiesa un ka, parakstot šo Pieteikumu, es uzņemos pilnu atbildību par visiem un jebkādiem zaudējumiem, kas Bankai, man vai trešajām personām rastos šī Pieteikuma klūdainas vai nepilnīgas aizpildīšanas dēļ.

Apliecinu, ka esmu iepazinies, piekritu, kā arī apņemos godprātīgi pildīt Norēķinu karšu līguma noteikumus fiziskām personām un Norēķinu konta līguma noteikumus, apstiprinošas izvēles gadījumā Apdrošināšanas noteikumus.

Apliecinu, ka izvēloties Tava Stila karti, esmu iepazinies ar Attēla noteikumiem un uzņemos pilnu atbildību par pretenzijām, kuras var rasties no trešajām personām saistībā ar Tava Stila kartes attēla dizainu.

Apliecinu, ka es uzņemos pilnu finansiālo atbildību par Pieteikumā minēto personu darījumiem, kas veikti, lietojot Kartes vai nodarītajiem zaudējumiem, kas radušies pārkāpjot Noteikumus.

Piekrītu, ka AS "SEB banka" saņem un nodod manus personas datus Skandināviska Enskilda Banken AB (publ) un AS "SEB banka" meitas uzņēmumiem (SIA "SEB līzings", AS "SEB atklātais pensiju fonds", IP AS "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 Klientam. Bez tam, Bankai ir tiesības izpaust informāciju par Klientu, šī līguma saturu un informāciju, kuru tā ieguvusi saskaņā ar šo līgumu, Bankas akcionāriem un Bankas akcionāru rezidences valsts institūcijām, ja to pieprasa šīs institūcijas, kā arī trešajām personām, ar kurām Banka noslēgusi līdzdalības vai jebkurus citus līgumus saistībā ar šo līgumu. Bez tam, saskaņā ar normatīvo aktu un darījumu partneru prasībām informācija par Klientu un šo līgumu var tikt nodota ES un citu valstu kompetentām valsts institūcijām to funkciju veikšanai.

Piekrītu visa veida informācijas saņemšanai par AS "SEB banka" un tās meitas uzņēmumu (SIA "SEB līzings", AS "SEB atklātais pensiju fonds", IP AS "SEB Wealth Management", AAS "SEB Dzīvības apdrošināšana") esošajiem un jaunajiem pakalpojumiem.

Apliecinu, ka es pats esmu Konta līdzekļu īpašnieks vai patiesais labuma guvējs, un apliecinu, ka manos kontos SEB bankā esošie naudas līdzekļi nav iegūti noziedzīgā ceļā.

Klienta paraksts _____

Datums ___ / ___ / _____

AIZPILDA BANKA

SEB bankas vārdā:

Vārds, uzvārds, amats, tālrunis

Paraksts / _____
Datums / _____

Z.v.