

PIETEIKUMS

NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANAI (LŪDZAM AIZPILDĪT DRUKĀTIEM BURTIEM)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APDROŠINĀTAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vārds, uzvārds | | |  | | | | | | Personas kods | |  |  | |  |  | |  | |  | | **-** |  | |  | |  | | |  | |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dzīvesvietas adrese | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | LV - | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nodarbošanās, ieņemamais amats | | | |  | | | | | | Dzimums: | | | | | |  | | sieviete | | | | |  | | | | vīrietis | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontakttālrunis | | | | |  | e-pasts | |  | | | | | Dzimšanas datums | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gadījumā, ja apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātais ir viena un tā pati persona, šī sadaļa nav jāpilda. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vārds, uzvārds | |  | | | Personas kods | | | | |  | |  | |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontakttālrunis | | |  | e-pasts | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dzīvesvietas adrese | |  | | | LV - |  | |  |  | |  | | |  |  | | --- | --- | | Dzimšanas datums |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | APDROŠINĀJUMA SUMMAS |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Segums** | | Nāve | Neatgriezenisks  Sakropļojums, A | Kaulu lūzumi, E | | Dienas nauda | | Slimnīcas nauda | Apdegumi | | Ārstēšanās izdevumi | |  |
| Apdrošinājuma summa | | |  |  |  | | / dienā | | / dienā |  | |  | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Segumā iekļaut manis norādītos sporta veidus un/vai vaļaspriekus | | | | | | | |  | Ģimenes locekļu apdrošināšana | | | |  |  |
|  | | | | | | | |  |  | | | |  |  |
|  | | | | | | Bērnu apdrošināšanas programma nr. | | | | |  |  | |  |
|  | | | | | |  | | | | |  |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | LABUMA GUVĒJS (-I) APDROŠINĀTĀ NĀVES GADĪJUMĀ (AIZPILDA APDROŠINĀTĀ PERSONA) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Vārds, uzvārds | | Personas kods (identifikācijas nr.) | Dzimšanas datums | Atlīdzības daļa, % | Saistība ar apdrošināto |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | JAUTĀJUMI APDROŠINĀTAJAM (ATBILDES SNIEDZ APDROŠINĀTAIS) 1 - 8 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | |
|  | 1. Vai Jūs nodarbojaties vai plānojat nodarboties ar sportu (ar auto vai motosportu, ar jāšanas sportu, ar kādu no cīņas vai ziemas sporta veidiem vai ar citu sporta veidu)? | jā | | nē | **Ja “jā”,** lūdzu, norādiet sporta veidus un cik bieži ar tiem nodarbojaties vai plānojat nodarboties. |  |
|  |
|  | 2. Vai Jūsu vaļasprieki ir saistīti ar paaugstinātu bīstamību (piem., aviāciju vai izpletņu lēkšanu, niršanu ar elpošanas iekārtu izmantošanu, kokapstrādi, medībām, braukšanu ar motociklu, alpīnismu)? | jā | nē | | **Ja “jā”**, lūdzu, norādiet, ar ko un cik bieži. |  |
|  |
|  | 3. Vai Jūs esat pakļauti paaugstinātam riskam savā profesionālajā darbībā (piemēram: eksplozija, elektrība, kaitīgas vielas, krītoši priekšmeti u.tml.)? | jā | nē | | **Ja “jā”**, lūdzu, norādiet, kas tieši. |  |
|  |
|  | 4. Vai pēdējo 3 gadu laikā esat guvis traumas, ievainojumus, vai pārcietis saindēšanos? | jā | nē | | **Ja “jā”,** lūdzu, norādiet, kad un kādas traumas vai ievainojumi ir gūti, ārstēšanās rezultātus, ārstniecības iestādi. |  |
|  |
|  | 5. Vai Jums ir paredzēts darbs ārpus Latvijas vairāk nekā vienu nedēļu gadā? | jā | nē | | **Ja “jā”,** lūdzu, norādiet kad, kur, cik ilgi paredzēts atrasties. |  |
|  |
|  | 6. Vai pašreiz Jums ir spēkā esošs dzīvības vai nelaimes gadījumu apdrošināšanas līgums? | jā | nē | | **Ja “jā**”, lūdzu, norādiet apdrošinājuma veidu, summu, segumus, apdrošināšanas sabiedrību, polises darbības termiņu. |  |
|  |
|  | 7. Vai kāda no apdrošināšanas sabiedrībām kādreiz ir atteikusies vai pārtraukusi Jūs apdrošināt, vai arī ir bijuši ar paaugstinātu risku saistīti prēmiju maksājumi? | jā | nē | | **Ja “jā”,** lūdzu, norādiet, kad un kāpēc. |  |
|  |
|  | 8. Vai Jums ir hroniska slimība, pastāvīgi veselības traucējumi vai piešķirta invaliditātes grupa? | jā | nē | | **Ja “jā**”, lūdzu, norādiet, kad un kāpēc. |  |
|  |
|  | | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | APLIECINĀJUMI UN PERSONAS DATU APSTRĀDE |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Iesniedzot šo pieteikumu apliecinu, ka:   * visa manis pieteikumā sniegtā un Apdrošinātāja pieprasītā informācija, kas nepieciešama Apdrošinātājam, ir brīvi sniegta, pilnīga un patiesa; * esmu informēts/a, ka nepilnīgas vai nepatiesas informācijas sniegšanas gadījumā, Apdrošinātājam ir tiesības atzīt apdrošināšanas līgumu, ja tāds ir noslēgts starp Apdrošinājuma ņēmēju/Apdrošināto un Apdrošinātāju, par spēkā neesošu no tā noslēgšanas brīža; * esmu informēts/a, ka šis pieteikums neuzliek par pienākumu nedz Apdrošinātājam noslēgt apdrošināšanas līgumu, nedz Apdrošinājuma ņēmējam/Apdrošinātajam uzņemties kādas saistības; * esmu iepazinies/usies ar izvēlētā apdrošināšanas veida/-u piedāvājumu, apdrošināšanas noteikumiem, saprotu tos un piekrītu tiem. Apņemos informēt Apdrošinātāju par jebkurām izmaiņām informācijā, kas sniegta šajā pieteikumā; * esmu iepazinies/usies ar Apdrošinātāja Paziņojumu par privātumu un saprotu tā saturu, tostarp to, kādus personas datus apstrādā Apdrošinātājs, kādiem nolūkiem, uz kādiem juridiskajiem pamatiem, kā arī esmu informēts/ta par manām tiesībām attiecībā uz maniem personas datiem; * esmu informējis/usi Labuma guvēju, ja tāds ir norādīts pieteikumā, par apdrošināšanas līguma slēgšanu un Labuma guvējs ir iepazinies ar apdrošināšanas līguma noteikumiem, kā arī sakarā ar apdrošināšanas līguma slēgšanu darījis/usi zināmu Labuma guvējam par viņa personas datu, tajā skaitā īpašu kategoriju personas datu, nodošanu apstrādei Apdrošinātājam un/vai trešajām personām, kā arī par Apdrošinātāja Paziņojuma par privātumu saturu. Pamatojoties uz Apdrošinātāja pieprasījumu, apņemos nekavējoties iesniegt Apdrošinātājam Labuma guvēja rakstisku piekrišanu viņa personas datu apstrādei.   Iesniedzot šo pieteikumu, apliecinu, ka atļauju Apdrošinātājam:   * kā pārzinim apstrādāt manus personas datus, tai skaitā īpašu kategoriju personas datus, Apdrošinātāja Paziņojumā par privātumu norādītajiem mērķiem, t.i., Apdrošināšanas līguma noslēgšanai un izpildei, ieskaitot apdrošināšanas atlīdzību un citu prasību izskatīšanu; izpildot mūsu saistības, kas izriet no likuma, kā arī aizskarto vai apstrīdēto tiesību aizsardzībai, kā arī nodot šo informāciju un personas datus Apdrošinātāja grupas (Vienna Insurance Group AG) uzņēmumiem; * no apdrošināšanas prēmijas samaksas brīža, kā arī apdrošināšanas līguma darbības laikā, pieprasīt un saņemt no trešajām personām - valsts un/vai pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām, tai skaitā ārstniecības iestādēm jebkuru informāciju un dokumentus, tai skaitā par manu veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, kā arī nāves apstākļiem, kas iestājušies apdrošināšanas līguma darbības laikā, un veikt no trešajām personām saņemtās informācijas un personas datu, tai skaitā īpašu kategoriju personas datu un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodu apstrādi, kā arī nodod to apstrādei trešajām personām, lai izvērtētu apdrošināšanas risku, pieteikto apdrošināšanas gadījumu un noteiktu izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apmēru, ievērojot personas datu aizsardzības jomā un citos normatīvajos aktos noteiktās prasības.   Piekrītu saņemt informāciju no Apdrošinātāja arī par citiem Apdrošinātāja un tā grupas (Vienna Insurance Group AG) uzņēmumu sniegtajiem apdrošināšanas pakalpojumiem: | | | | | | | | | | | |  |  | jā |  | nē | Vēlamais informācijas saņemšanas veids: |  | pa e–pastu |  | pa tālruni |  | |  | | | | | | | | | | | | Apdrošinātājs apliecina, ka pieteikumā norādītie personu dati, tiks izmantoti tikai atbilstoši to apstrādes mērķim un tam nepieciešamajā apjomā. | | | | | | | | | | | | Apdrošinātājs nesniedz apdrošināšanas segumu saskaņā ar apdrošināšanas līgumu un nav atbildīgs par apdrošināšanas atlīdzības samaksu vai citu no apdrošināšanas līguma izrietošu maksājumu veikšanu, vai citu līgumsaistību izpildi, ja Apdrošinātājs tādējādi nonāktu pretrunā ar jebkuru starptautisko sankciju\*. Apdrošinātājs nav atbildīgs par jebkādām prasībām vai zaudējumiem iepriekš minēto iemeslu dēļ. | | | | | | | | | | | | Apdrošināšanas līgums un pieteikums ir spēkā arī bez Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātā parakstiem, ja Apdrošinājuma ņēmējs ir veicis apdrošināšanas prēmijas samaksu Apdrošinātāja noteiktajos termiņos un apmērā. Veicot apdrošināšanas prēmijas samaksu, Apdrošinājuma ņēmējs apstiprina apdrošināšanas līgumā noteiktos pašriskus, noteikumus, nosacījumus, segumus un izņēmumus. Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātais, veicot apdrošināšanas prēmijas samaksu, apliecina, ka viņa (-as) sniegtā informācija ir pilnīga, patiesa un pareiza. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datums | **17.03.2021** | Apdrošinātā paraksts |  | Apdrošinājuma ņēmēja paraksts |  |  |
|  | | | | | | |
| **\*Starptautiskā sankcija** – ekonomiska vai finansiāla sankcija, embargo vai jebkura cita līdzīga sankcija, aizliegums vai ierobežojošs pasākums, kas noteikts saskaņā ar Apvienoto Nāciju Organizācijas, Eiropas Savienības, Latvijas Republikas vai Amerikas Savienoto Valstu tiesību aktiem (tostarp sankcijas, kuras pārvalda, vai īsteno ASV Valsts kases Ārvalstu aktīvu kontroles birojs). | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aizpilda apdrošināšanas konsultants | | | | | | Aizpilda riska parakstītājs | | |  |
| Vārds, uzvārds |  | | | |  |  | Koeficients: |  |  |
| Aizpilda apdrošināšanas sabiedrība | | | | | |  | NGA Grupa: |  |  |
| Saņemšanas datums | |  | Polises nr. |  |  | Apstiprinu polises izdošanu (paraksts, atšifrējums) | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| © „Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle” 03//2021 Adrese: Vienības gatve 87h, Rīga LV-1004 Tālrunis: 67606939 Fakss: 67606949 e-pasts: info@compensalife.lv compensalife.lv | | | | | | | | | |