

KORESPONDENCES SAŅĒMŠANA

Visu ar Mūža pensijas apdrošināšanas līgumu saistīto korespondenci vēlos saņemt:

Uz e-pasta adresi

Pa pastu

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA/APDROŠINĀTĀ APLIECINĀJUMI UN PERSONAS DATU APSTRĀDE

Parakstot 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 Mūža pensijas 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 Mūža pensijas apdrošināšanas līgumu, nedz Apdrošinājuma ņēmējam / Apdrošinātājam uzņemties kādas saistības;
- esmu iepazinies/usies ar izvēlētajās Mūža pensijas 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 par Mūža pensijas apdrošināšanas līguma slēgšanu un Labuma guvējs ir iepazinies ar Mūža pensijas apdrošināšanas līguma noteikumiem un ar Apdrošinātāja Paziņojuma par privātumu saturu, kā arī sakarā ar Mūža pensijas 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. Pamatojoties uz Apdrošinātāja pieprasījumu, apņemos nekavējoties iesniegt Apdrošinātājam Labuma guvēja rakstisku piekrišanu viņa personas datu apstrādei.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka atļauju Apdrošinātājam kā pārzinim apstrādāt šajā pieteikumā norādītos personu datus, tajā skaitā, īpašu kategoriju personu datus, pieprasīt un saņemt no trešajām personām - valsts un/vai pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām jebkuru informāciju un dokumentus, kas nepieciešami Mūža pensijas apdrošināšanas līguma noslēgšanai un izpildei, ieskaitot apdrošināšanas atlīdzību un citu prasību izskatīšanu, mūsu saistību, kas izriet no likuma, izpildei, kā arī aizskarto vai apstrīdēto tiesību aizsardzībai, un veikt no trešajām personām saņemtās informācijas un personas datu apstrādi vai nodot to apstrādei trešajām personām, ievērojot personas datu aizsardzības jomā un citos normatīvajos aktos noteiktās prasības.

Piekrītu saņemt informāciju no Apdrošinātāja arī par citiem Apdrošinātāja un Apdrošinātāja grupas (Vienna Insurance Group AG) sniegtajiem apdrošināšanas pakalpojumiem:

jā

nē

Vēlamais informācijas saņemšanas veids:

Pa e-pastu

Pa tālruni

Vēlos iegādāties nelaimes gadījumu apdrošināšanu

Apdrošināšanas programma

Apdrošinātājs apliecina, ka pieteikumā norādītie personu dati, tiks izmantoti tikai atbilstoši to apstrādes mērķim un tam nepieciešamajā apjomā.

APDROŠINĀTĀJA PAZIŅOJUMI

Šis pieteikums ir neatņemama Mūža pensijas apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.

Pirms šī pieteikuma parakstīšanas, lūdzam pārbaudīt tajā sniegto ziņu pareizību un pilnību. Pie jebkuriem labojumiem pieteikumā obligāti jānorāda "labotam ticēt" un labojumi jāapliecina ar Apdrošinājuma ņēmēja / Apdrošinātā parakstu.

Datums

Apdrošinājuma ņēmēja / Apdrošinātā paraksts

ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Aizpilda apdrošināšanas konsultants

Vārds, uzvārds

Aizpilda riska parakstītājs

Apstiprinu polises izdošanu (paraksts, atšifrējums)

Aizpilda Apdrošinātājs

Saņemšanas datums

Polises nr.

Informācija par izmaksu

Slipa Nr.

Kopā

Nodoklis

Izmaksai