



PPA_1.1

PIETEIKUMS

PERSONAS APDROŠINĀŠANAI (LŪZAM AIZPILDĪT DRUKĀTIEM BURTĪEM)

APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Dzīvesvietas adrese	<input type="text"/>			LV -	<input type="text"/>
Nodarbošanās, ieņemamais amats	<input type="text"/>	Dzimums:	<input type="checkbox"/> sieviete	<input type="checkbox"/> vīrietis	
Tālrunis	<input type="text"/>	e-pasts	<input type="text"/>	Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)	<input type="text"/>

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS (Aizpildīt, ja Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātais nav viena un tā pati persona)

Vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Dzīvesvietas adrese	<input type="text"/>			LV -	<input type="text"/>
Kontakttālrunis	<input type="text"/>	e-pasts	<input type="text"/>	Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)	<input type="text"/>

KOPĒJIE DATI PAR APDROŠINĀŠANU

Valūta: EUR	Iemaksu regularitāte:	<input type="checkbox"/> Ikmēneša	<input type="checkbox"/> Ceturkšņa	<input type="checkbox"/> Pusgada	<input type="checkbox"/> Gada	<input type="checkbox"/> Vienreizējs maksājums
-------------	-----------------------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	------------------------------------------------

UNIVERSĀLĀ DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANA (UDA) AKTĪVAIS UZKRĀJUMS (SAU)

Dzīvības riska apdrošinājuma summa pirmajā apdrošināšanas gadā	<input type="text"/>	Apdrošināšanas periods (gadi)	<input type="text"/>	Prēmijas maksājuma apmērs	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Uzkrājošā apdrošināšana bērniem	<input type="checkbox"/> Uzkrājošā apdrošināšana pensijai				
Dzīvības riska apdrošinājuma summas palielinājums sākot ar otro gadu	<input type="checkbox"/> reizes	Papildu vienreizējā iemaksa	<input type="text"/>		

DZĪVĪBAS TERMIŅAPDROŠINĀŠANA (DTA) KREDĪTŅĒMĒJA DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANA (KDA)

Apdrošinājuma summa	<input type="text"/>	Apdrošināšanas periods (gadi)	<input type="text"/>	(mēneši)	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------	----------	----------------------

KRITISKO SLIMĪBU PAPILDAPDROŠINĀŠANA

Apdrošinājuma summa	<input type="text"/>
---------------------	----------------------

NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANA* NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANA

Segums	Nāve	Neatgriezenisks sakroplojums A	Kaulu lūzumi E	Dienas nauda
Apdrošinājuma summa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/dienā	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Ja pie apdrošināšanas UDA vai SAU nav izvēlēta nelaimes gadījumu papildapdrošināšana, tad sākot ar otro apdrošināšanas gadu, polisē tiek iekļauti segumi "Nāve" un "Neatgriezenisks sakroplojums A" ar apdrošinājuma summu 10 000 EUR apmērā katram segumam. Ja segumi "Nāve" un "Neatgriezenisks sakroplojums A" ir izvēlēti ar apdrošinājuma summu, kas mazāka par 10 000 EUR, tad sākot ar otro apdrošināšanas gadu šo segumu apdrošinājuma summa dubultojas.

<input type="checkbox"/> Segumā iekļaut manis norādītos sporta veidus un/vai vaļaspriekus	<input type="checkbox"/> Segumā iekļaut nelaimes gadījumu papildapdrošināšanu bērnam**:	<input type="text"/>	Apdrošināšanas programma
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	--------------------------

** Ja izvēlaties iekļaut papildapdrošināšanu bērnam, lūdzu, sniežiet atbildes uz jautājumiem 3.lpp., sadaļā „Jautājumi par bērnu, ja iekļauta papildapdrošināšana bērnam”

Bērna dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)	<input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------

Bērna vārds, uzvārds	<input type="text"/>	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	------------------------------------------	----------------------	---	----------------------

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

Vārds, uzvārds	Personas kods vai identifikācijas numurs	Tālrunis, e-pasts vai dzīvesvietas adrese	Atlīdzības daļa %	Saistība ar Apdrošināto

PIEBILDES

JAUTĀJUMI APDROŠINĀTĀJAM (ATBILDES SNIEDZ APDROŠINĀTAIS) I – 7

Šī sadaļa nav jāpilda, izvēloties Pensijas apdrošināšanu bez riska apdrošinājuma summas.

<p>1. Vai Jūs nodarbojaties vai plānojat nodarboties ar sportu (ar auto vai motosportu, ar jāšanas sportu, ar kādu no ciņas vai ziemas sporta veidiem vai ar citu sporta veidu)?</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet sporta veidus un cik bieži ar tiem nodarbojaties vai plānojat nodarboties.</p>
<p>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)?</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet, ar ko un cik bieži.</p>
<p>3. Vai Jūs esat pakļauti paaugstinātam riskam savā profesionālajā darbībā (piemēram: eksplozija, elektrība, kaitīgas vielas, krītoši priekšmeti u.tml.)?</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet, kas tieši.</p>
<p>4. Vai pēdējo 3 gadu laikā esat guvis traumas, ievainojumus vai pārcietis saindēšanos?</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet, kad un kādas traumas vai ievainojumi ir gūti, ārstēšanās rezultātus, ārstniecības iestādi.</p>
<p>5. Vai Jums ir paredzēts darbs ārpus Latvijas vairāk kā vienu nedēļu gadā?</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet kad, kur, cik ilgi paredzēts atrasties.</p>
<p>6. Vai pašreiz Jums ir spēkā esošs dzīvības, nelaimes gadījumu vai veselības apdrošināšanas līgums?</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet apdrošinājuma veidu, summu, segumus, apdrošināšanas sabiedrību, polises darbības termiņu.</p>
<p>7. Vai kāda no apdrošināšanas sabiedrībām kādreiz ir atteikusies vai pārtraukusi Jūs apdrošināt, vai arī ir bijuši ar paaugstinātu risku saistīti prēmiju maksājumi?</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet, kad un kāpēc.</p>

JAUTĀJUMI APDROŠINĀTĀJAM (ATBILDES SNIEDZ APDROŠINĀTAIS) 8 – 14

Šī sadaļa nav jāpilda, izvēloties Pensijas apdrošināšanu bez riska apdrošinājuma summas un bez Kritisko slimību papildapdrošināšanas.

8. Jūsu augums cm Jūsu svars kg Vai Jūs smēķējat? jā nē Ja „jā”, tad cik cigaretes dienā

9. Vai Jums ir sūdzības (ja „jā”, lūdzu, pasvītrot) par: sāpēm aiz krūšu kaula, sāpēm sirds apvidū, sirdsklauvēm, neritmisku sirdsdarbību, biežām galvassāpēm, pastiprinātu nogurumu un elpas trūkumu pie parastas fiziskas slodzes, ilgstošu lēkmjveidīgu klepu ar krēpām, elpas trūkumu naktīs, diskomforta sajūtu vēderā, sāpēm labajā paribē vai ap nabu, jostveida sāpēm vēderā, biežu urināciju naktīs, tūsku uz sejas vai apakšstilbiem, pastiprinātu svīšanu, vispārēju nogurumu, svarā krišanos, bieži paaugstinātu ķermeņa temperatūru, kustību ierobežojumiem, atmiņas traucējumiem.

jā nē

10. Vai Jums ir, vai ir bijušas slimības, veselības traucējumi vai sūdzības, tādas kā:

<p>vēzis, ļaundabīgs audzējs:</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>gremošanas orgānu saslimšanas:</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>epilepsija, krampju lēkmes:</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>asinis slimības:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>elpošanas orgānu saslimšanas:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>acu vai ausu slimības:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>sirds, asinsvadu slimības:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>nervu sistēmas saslimšanas:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>iekšējās sekrēcijas dziedzeru saslimšanas:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>HIV infekcija (pozitīvs AIDS tests):</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>garīgās veselības traucējumi:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>kādas citas slimības, kas nav minētas iepriekš, kuras ir ietekmējušas vai nākotnē varētu ietekmēt Jūsu veselības stāvokli:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>hroniskas slimības ilgāk par vienu mēnesi</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>muguras, locītavu saslimšanas:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>infekcijas slimības (piem., tuberkuloze):</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>reproduktīvo orgānu saslimšanas:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>cukura diabēts:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>nieru saslimšana, aknu ciroze:</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ja uz kādu augstāk minēto jautājumu esat atbildējis „jā”, lūdzu, norādiet, kas tieši, kad, cik ilgi un vai esat izvesēlojies.

<p>11. Vai Jums ir kādas citas hroniskas vai iedzimtas slimības, invaliditāte, bijušas vai paredzamas operācijas, ārstēšanās slimnīcā, sanatorijā, apstarpšanas kursu.</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet, kas un kad.</p>
<p>12. Vai Jums ir nācies kavēt darbu slimības dēļ vairāk kā divas nedēļas pēdējo 3 gadu laikā?</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet, kad un kāpēc, ārstēšanās rezultātus, ārstniecības iestādi.</p>
<p>13. Vai Jūs lietojat vai esat lietojis apreibinošas vielas vai regulāri lietojiet medikamentus (t.sk. miega un nomierinošos līdzekļus, narkotiskās vielas)?</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet kādus, kāpēc un cik ilgi.</p>
<p>14. Vai Jums ir bijis pašnāvības mēģinājums?</p>	<p>jā nē</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ja „jā”, lūdzu, norādiet, kad.</p>

JAUTĀJUMI PAR BĒRNU, JA IEKĻAUTA PAPILDAPDROŠINĀŠANA BĒRNAM

Šī sadaļa nav jāpilda, ja nav izvēlēta papildapdrošināšana bērnam.

1. Vai Jūsu bērns nodarbojas vai plāno 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja „jā”, lūdzu, norādiet sporta veidus un cik bieži ar tiem nodarbojaties vai plānojat nodarboties.
2. Vai Jūsu bērnam ir kāda hroniska slimība, pastāvīgi veselības traucējumi vai piešķirta invaliditātes grupa?	jā nē <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja „jā”, lūdzu, norādiet, kas tieši.
3. Vai pēdējo 3 gadu laikā bērns ir guvis traumas, ievainojumus vai pārcietis saindēšanos?	jā nē <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja „jā”, lūdzu, norādiet, kad un kādas traumas vai ievainojumi ir gūti, ārstēšanās rezultātus, ārstniecības iestādi.
4. Vai pašreiz Jūsu bērnam ir spēkā esošs dzīvības, nelaimes gadījumu vai veselības apdrošināšanas līgums?	jā nē <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja „jā”, lūdzu, norādiet apdrošinājuma veidu, summu, segumus, apdrošināšanas sabiedrību, polises darbības termiņu.
5. Vai kāda no apdrošināšanas sabiedrībām kādreiz ir atteikusies vai pārtraukusi Jūsu bērnu apdrošināt, vai arī ir bijuši ar paaugstinātu risku saistīti prēmiju maksājumi?	jā nē <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja „jā”, lūdzu, norādiet, kad un kāpēc.

KORESPONDENCES SAŅĒMŠANA

Visu ar apdrošināšanas līgumu saistīto korespondenci sūtīt: Uz e-pasta adresi Citur

Apdrošināšanas polisi vēlos saņemt: Pie sava apdrošināšanas konsultanta Pa pastu Apdrošinātāja birojā

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 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 izvēlēto apdrošināšanas veida/-u piedāvājumu un tajā norādītajiem atskaitījumiem, 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 guvējam 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.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka atļauju Apdrošinātājam:

- kā pārzināt 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 aizskartu vai apstrīdētu tiesību aizsardzībai, kā arī nodot šo informāciju un personas datus Apdrošinātāja grupas (Vienna Insurance Group AG) uzņēmumiem;
- no šī pieteikuma parakstīšanas 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 nodot 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 apliecinā, ka pieteikumā norādītie personas dati, tiks izmantoti tikai atbilstoši to apstrādes mērķim un tam nepieciešamajā apjomā.

APDROŠINĀTĀJA PAZIŅOJUMI

Šis pieteikums ir neatņemama 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.

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 jebkādam prasībām vai zaudējumiem iepriekš minēto iemeslu dēļ.

Datums (dd.mm.gggg.) Vieta 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, Lielbritānijas un Ziemeļīrijas Apvienotās Karalistes 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 Vārds, uzvārds <input type="text"/>	Aizpilda riska parakstītājs <input type="checkbox"/> Standarts <input type="checkbox"/> Koeficients: <input type="checkbox"/> Papildus info <input type="checkbox"/> NGA Grupa: <input type="text"/>
Aizpilda apdrošināšanas sabiedrība <input type="text"/>	Apstiprinu polises izdošanu (paraksts, atšifrējums) <input type="text"/>
Saņemšanas datums <input type="text"/> Polises nr. <input type="text"/>	



PIFI_1.5

PIETEIKUMS

IEGULDĪJUMU FONDU IZVĒLEI (DERĪGS TIKAI KOPĀ AR PIETEIKUMU PERSONAS APDROŠINĀŠANAI)

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

Vārds, uzvārds

Personas kods vai
identifikācijas numurs

IEGULDĪJUMU PLĀNS

Minimālā ieguldījumu daļa vienā fondā nedrīkst būt mazāka par 10%

Konservatīvā ieguldījuma stratēģija			Sabalansētā ieguldījuma stratēģija			Aktīvā ieguldījuma stratēģija		
Ieguldījumu fonds	Daļa		Ieguldījumu fonds	Daļa		Ieguldījumu fonds	Daļa	
Konservatīvais fonds	<input type="text"/>	%	Sabalansētais fonds	<input type="text"/>	%	Agresīvais fonds	<input type="text"/>	%
C-Quadrat ARTS TR Bond H	<input type="text"/>	%	Evli Optimal Allocation Fund	<input type="text"/>	%	Evli Finland Select Fund	<input type="text"/>	%
Bond Portfolio	<input type="text"/>	%	Global Growth Portfolio	<input type="text"/>	%	EVLI Europe Fund	<input type="text"/>	%
Evli Global Bond Fund	<input type="text"/>	%	Baltic Growth Portfolio	<input type="text"/>	%	BNP Paribas US Growth	<input type="text"/>	%
C-Quadrat ARTS TR Balanced H	<input type="text"/>	%	C-Quadrat ARTS TR Global - AMI H	<input type="text"/>	%	Avaron Emerging Europe Fund	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	VIG Central European Equity Investment Fund	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	VIG Emerging Market ESG Equity Investment Fund	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA APLIECINĀJUMI UN PERSONAS DATU APSTRĀDE

Parakstot šo pieteikumu:

- apliecinu, ka visa manis pieteikumā sniegtā un Apdrošinātāja pieprasītā informācija, kas nepieciešama Apdrošinātājam, ir pilnīga un patiesa.
- apzinos, ka uzņemos investīciju risku un ka ieguldījumu fondu vēsturiskais ienesīgums negarantē līdzvērtīgu ienesīgumu nākotnē, esmu informēts, ka Apdrošinātājs, piedāvājot apdrošināšanas ieguldījumu produktu, neizvērtē tā atbilstību klientam un tādēļ klients negūst atbilstošu aizsardzību.
- esmu savlaicīgi, pirms šī pieteikuma iesniegšanas un apdrošināšanas līguma noslēgšanas vai grozīšanas, izlasījis un sapratis tirgum piesaistītās dzīvības apdrošināšanas polises pamatinformācijas dokumentu, kā arī augstāk izvēlēta (-o) ieguldījumu fonda (-u) pamatinformācijas dokumentu (-s). Informāciju par man piedāvātajiem apdrošināšanas produktiem Apdrošinātājs man ir sniedzis saprotamā veidā un tā ir skaidra un precīza, lai es, pamatojoties uz saņemto informāciju, varētu pieņemt lēmumu.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka atļauju Apdrošinātājam kā pārzinim un personas datu saņēmējam apdrošināšanas līguma noslēgšanai, administrēšanai, izpildei un ieguldījumu veikšanai manis izvēlētajos fondos, apstrādāt šajā pieteikumā norādītos personas datus un apdrošināšanas līguma darbības laikā iegūto informāciju, ievērojot personas datu aizsardzības jomā un citos normatīvajos aktos noteiktās prasības.

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

Šis pieteikums ir neatņemama apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.

Pirms šī pieteikuma parakstīšanas, lūdzu pārbaudīt tajā sniegto ziņu pareizību un pilnību.

Pie jebkuriem labojumiem pieteikumā obligāti jānorāda "labotam ticēt" un labojumi jāapliecina ar Apdrošinājuma Ņēmēja parakstu.

Datums (dd.mm.gggg.) Apdrošinājuma Ņēmēja paraksts Paraksta atšifrējums

ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Pieteikums saņemts Polises nr. Apstiprinu polises izdošanu (paraksts, atšifrējums)



FAVP_1.10

APLIECINĀJUMS REZIDENCES VIETAS NODOKĻU VAJADZĪBĀM NOTEIKŠANAI

AIZPILDA APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS (FIZISKA PERSONA)

Nodokļu noteikumi pieprasa „Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle” iegūt noteiktu informāciju par fiziskās personas rezidences vietu un klasifikāciju atbilstoši FATCA* un ES/ESAO** nodokļu informācijas apmaiņas noteikumu vajadzībām.

Vārds, uzvārds Personas kods vai identifikācijas numurs -

Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.) Dzimšanas vieta (valsts)

Rezidences valsts nodokļu vajadzībām

Nodokļu maksātāja identifikācijas numurs

Lūdzu nosauciet visas valstis, kuru rezidents nodokļu vajadzībām jūs esat, un norādiet savus nodokļu maksātāja identifikācijas numurus attiecīgajās valstīs.

APLIECINĀJUMI UN PARAKSTI

- Es apliecinu, ka norādītie dati ir patiesi, precīzi un pilnīgi.
- Man ir pienākums nekavējoties informēt Apdrošinātāju par jebkādam izmaiņām šeit sniegtajos datos.

Apdrošinājuma ņēmēja vārds, uzvārds un paraksts Datums (dd.mm.gggg.) Vieta

* **FATCA – ASV nodokļu likums „The Foreign Account Tax Compliance Act”** („Ārvalstu kontu nodokļu pienākumu izpildes likums”) un jebkādi vietējie tiesību akti, kas pieņemti, un starpvaldību vienošanās, kas noslēgtas attiecīgā nodokļu likuma ieviešanai noteiktajā jurisdikcijā.

** **ES/ESAO – nodokļu informācijas apmaiņas noteikumi.** Padomes 2014.gada 9.decembra direktīva 2014/107/ES, ar ko groza Direktīvu 2011/16/ES attiecībā uz obligāto automatisko informācijas apmaiņu nodokļu jomā pārņemšanu, ESAO Kopējais standarts ziņošanai un padziļinātai izpētei finanšu kontu informācijai un jebkādi vietējie tiesību akti, kas pieņemti, un starpvaldību vienošanās, kas noslēgtas noteiktajā jurisdikcijā, lai nodrošinātu atbilstību iepriekšminētajiem noteikumiem.

PADZIĻINĀTĀS IZPĒTES VEIDLAPA

Aizpilda Apdrošinātājs par Apdrošinājuma ņēmēju (fiziska persona)

Apdroš. ņēmēja vārds, uzvārds Personas kods vai identifikācijas numurs -

1. Vai uz pieteikumu/līgumu attiecas ASV FATCA un ES/ESAO nodokļu informācijas apmaiņas noteikumi? jā nē

Ja atbilde ir „Jā”, pārejiet pie nākamajiem jautājumiem.
Ja atbilde ir „Nē”, parakstiet veidlapu, un padziļinātā izpēte būs pabeigta.

2. Vai ir saņemts klienta apliecinājums rezidences vietas nodokļu vajadzībām noteikšanai? jā nē

3. Vai apliecinājumā ir atzīmēta ASV rezidences vieta nodokļu vajadzībām? jā nē

4. Vai apliecinājumā ir atzīmēta rezidences vieta nodokļu vajadzībām kādā ārvalstī, izņemot ASV? jā nē

Ja „Jā”, norādiet valstis:

5. Vai klientam ir kādas ar ASV saistītas pazīmes (indicia)? jā nē

6. Vai klientam ir kādas ar citu ārvalsti, izņemot ASV, saistītas pazīmes? jā nē

Ja „Jā”, norādiet valstis:

7. Vai apliecinājums rezidences vietas noteikšanai nodokļu vajadzībām ir derīgs, paties un pareizs? jā nē

8. Vai ir apstiprināta klienta rezidences vieta nodokļu vajadzībām ASV? jā nē

Ja „Jā”, vai ir saņemts „Apliecinājums rezidences vietas nodokļu vajadzībām noteikšanai” un ASV W9 veidlapa? jā nē

9. Vai ir apstiprināta klienta rezidences vieta nodokļu vajadzībām kādā ārvalstī, izņemot ASV? jā nē

Ja „Jā”, norādiet valstis un aplieciniet, vai ir saņemts nodokļu maksātāja identifikācijas numurs katrai nodokļu rezidences valstij?

1. valsts jā nē

2. valsts jā nē

10. Vai ir apstiprināta klienta vienīgā rezidences vieta nodokļu vajadzībām Latvijā? jā nē

11. Ja klienta rezidences vieta nodokļu vajadzībām nav apstiprināta, vai ir saņemta „Anketa klienta rezidences vietas nodokļu vajadzībām noteikšanai” (fiziskām personām) ar pieprasīto papildinformāciju un dokumentiem? jā nē

12. Apdrošinājuma ņēmēja klasifikācija:

ASV persona Ārvalsts rezidents (izņemot ASV):

rezidents (norādīt valsti)

rezidents (norādīt valsti)

Latvijas rezidents Nepakļāvīga persona

13. Līguma klasifikācija:

Līgums, par kuru jāsniedz ziņojums ASV Līgums, par kuru jāsniedz ziņojums ārvalstij (izņemot ASV)

Līgums, par kuru nav jāsniedz ziņojums Līguma noslēgšana atteikta

Darbība

Vārds, uzvārds un amats

Paraksts

Parakstīšanas datums un vieta

Padziļinātās izpētes veikšana			
Kontrolē			
Informēšana			
Līguma noslēgšanas atteikums			



APPNP_1.12

APLIECINĀJUMS PAR POLITISKI NOZĪMĪGU PERSONU*

AIZPILDA APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS (FIZISKA PERSONA)

„Noziedzīgi iegūtu līdzekļu legalizācijas un terorisma finansēšanas novēršanas likums” (NILLTFN likums) paredz, ka „Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle” kā finanšu iestādei ir pienākums iegūt informāciju par saviem klientiem.

Vārds, uzvārds Personas kods vai identifikācijas numurs -

1. Esmu politiski nozīmīga persona (ieņemu vai esmu ieņēmis nozīmīgu publisku amatu Latvijā vai ārvalstīs).

jā nē

Ja „jā”, lūdzu, norādiet amatu un datumu, no kura ieņemat šo amatu.

2. Esmu politiski nozīmīgas personas ģimenes loceklis

jā nē

Ja „jā”, lūdzu, norādiet, kuras politiski nozīmīgas personas (vārds, uzvārds) ģimenes loceklis Jūs esat.

3. Esmu ar politiski nozīmīgu personu cieši saistīta persona

jā nē

Ja „jā”, lūdzu, norādiet, ar kuru politiski nozīmīgu personu (vārds, uzvārds) esat cieši saistīts un kāda veida saistība tā ir.

APLIECINĀJUMI UN PARAKSTI

- Es apliecinu, ka norādītie dati ir patiesi, precīzi un pilnīgi.
- Man ir pienākums nekavējoties informēt Apdrošinātāju par jebkādam izmaiņām šeit sniegtajos datos.

Apdrošinājuma ņēmēja vārds, uzvārds un paraksts Datums (dd.mm.gggg.) Vieta

* Terminu „politiski nozīmīga persona”, „politiski nozīmīgas personas ģimenes loceklis” un „ar politiski nozīmīgu personu cieši saistīta persona” skaidrojumi atrodami NILLTFN likuma 1. panta 18., 18.¹ un 18.² punktos.

ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Šo sadaļu aizpilda Apdrošinātāja valdes loceklis, ja kādā no augstāk minētajiem jautājumiem Apdrošinājuma ņēmējs atzīmējis atbildi „jā”

Darbība	Vārds, uzvārds un amats	Paraksts	Parakstīšanas datums un vieta
Līguma noslēgšanas apstiprinājums	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Līguma noslēgšanas atteikums	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



KIV_1.13

KLIENTU IZPĒTES VEIDLAPA

(LŪDZAM AIZPILDĪT DRUKĀTIEM BURTĪEM)

ZIŅAS PAR KLIENTU

Fiziskām personām:

Vārds, uzvārds

Personas kods vai
identifikācijas numurs

Nerezidentiem:

Dzimšanas datums
(dd.mm.gggg.)Pases / Personas apliecināšā
dokumenta numursIzdošanas datums
(dd.mm.gggg.)

Izdevējiestāde

Izdevējvalsts

Juridiskām personām:

Nosaukums

Reģistrācijas
numurs

INFORMĀCIJA PAR SAIMNIECISKO VAI PERSONISKO DARBĪBU

Saimnieciskā vai personiskā darbība tiek veikta ārpus Latvijas Republikas:

 jā nē

Ienākumu gūšanas veids:

 Saimnieciskās darbības veicējs
(pašnodarbinātais, komersants utml.) Algots darbinieks

Darba vietas nosaukums

Klienta darbības sfēra

 azartspēļu organizēšana inkasācijas pakalpojumu sniegšana starpniecība darījumos ar nekustamajiem īpašumiem tirdzniecība ar dārgmetāliem un dārgakmeņiem tirdzniecība ar ieročiem vai munīciju pārpalīdzības pakalpojumu sniegšana, izņemot gadījumus, ja pakalpojumu sniedzējs ir atbilstoši licencēts un tiek veikta pakalpojuma sniedzēja uzraudzība vai pakalpojuma sniedzējam starptautiskās reitinga aģentūras devušas vērtējumu investīciju kategorijā; naudas pakalpojumu sniegšana (piemēram, norēķinu kases, valūtas maiņas punkti, naudas pārskaitījumu aģenti vai citi pakalpojumu sniedzēji, kas piedāvā naudas pārskaitījumu iespējas) citi (norādīt)

INFORMĀCIJA PAR DARĪJUMĀ IZMANTOTO NAUDAS LĪDZEKĻU IZCELSMI

 Darba alga (vidēji mēnesī pēc nodokļu nomaksas – neto) zem 1000 EUR 1000 līdz 5000 EUR virs 5000 EUR Komercdarbība
(norādīt komercdarbības jomu un veidu) Dividendes Periodiski ienākumi no citiem avotiem
(norādīt ienākuma avotu, apmēru, regularitāti) Citi ienākumi
(norādīt ienākumu avotu, apmēru, regularitāti)

MAKSĀJUMA PAR DARĪJUMU VEIKŠANAS VEIDS

Skaidrā naudā

Ar pārskaitījumu

KLIENTA APLIECINĀJUMS

Atbilstoši "Noziedzīgi iegūtu līdzekļu legalizācijas un terorisma finansēšanas novēršanas likuma" 28.panta pirmās un otrās daļas prasībām Jums ir pienākums sniegt pieprasīto informāciju. Gadījumā, ja pieprasītā informācija netiek sniegta, Apdrošinātājam ir pienākums izbeigt darījuma attiecības ar Klientu un pieprasīt klienta saistību pirmstermiņa izpildi.

Klients apņemas nekavējoties paziņot Apdrošinātājam par jebkuru šeit minēto datu izmaiņām, bet ne vēlāk kā 5 (piecu) dienu laikā no izmaiņu rašanās brīža.

Apliecinu, ka visi dati patiesi un pilnīgi.

Esmu informēts, ka Krimināllikuma 195.I pantā ir paredzēta kriminālatbildība par apzināti nepatiesu ziņu sniegšanu par līdzekļu piederību.

Datums
(dd.mm.gggg.)

Klienta paraksts

Paraksta
atšifrējums

ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Darījuma kopējā plānoto iemaksu (prēmiju) summa

Darījuma plānoto iemaksu (prēmiju) summa gadā

Patiesais labuma guvējs

Informācija par darījumu attiecībām (mērķis un būtība):

Darījumam piemērota vienkāršota izpēte

jā nē

Darījums ir atzīstams par neparastu vai aizdomīgu

jā nē

Ir nepieciešams atturēties no darījuma veikšanas

jā nē

Datums
(dd.mm.gggg.)

Darbinieka
vārds, uzvārds

Paraksts