



## PIETEIKUMS MŪŽA PENSIJAS APDROŠINĀŠANAI


### APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS / APDROŠINĀTAIS

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

### KOPĒJIE DATI PAR LĪGUMU

Apdrošināšanas prēmijas apmērs (valsts fondēto pensiju shēmā uzkrātais kapitāls)	EUR			
Mūža pensijas izmaksu regularitāte	Ik mēneša	Ceturkšņa	Pusgada	Gada
Iekļaut Garantēto izmaksu posmu	Nē*	Jā	gados (no 1 līdz 20)	
* ja netiek norādīts Labuma guvējs (-i)				

### MŪŽA PENSIJAS IZMAKSA

IBAN konta numurs	<input type="text"/>	 Ja tiek norādīts ārzemju bankas konts lūdz norādīt SWIFT kodu.
Bankas nosaukums		
Konta īpašnieka vārds, uzvārds*	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>
* Gadījumā, ja konta īpašnieks nav Apdrošinājuma Ņēmējs / Apdrošinātais		

### LABUMA GUVĒJS (-I) APDROŠINĀTĀ NĀVES GADĪJUMĀ

Vārds, uzvārds	Personas kods vai identifikācijas numurs	Tālrunis, e-pasts	Atlīdzības daļa %	Saistība ar Apdrošināto
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

### PIEBILDES

## KORESPONDENCES SAŅĒMŠANA

Visu ar apdrošināšanas līgumu saistīto korespondenci sūtīt:

Uz e-pasta adresi

Citur

## 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, precīza 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/Apdrošinātājam uzņemties kādas saistības.
- Esmu iepazinies/usies ar izvēlēto apdrošināšanas veida/-u piedāvājumu un tajā norādītajiem atskaitījumiem, apdrošināšanas noteikumiem, saprotu tos un piekrītu tiem. Aņņemos 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 datus, nodošanu apstrādei Apdrošinātājam un/vai trešajām personām, kā arī par Apdrošinātāja Paziņojuma par privātumu saturu. Pamatojoties uz Apdrošinātāja pieprasījumu, aņņemos nekavējoties iesniegt Apdrošinātājam Labuma guvēja rakstisku piekrišanu viņa personas datu apstrādei.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka atļauju Apdrošinātājam kā pārziniņ 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 tā grupas (Vienna Insurance Group AG) uzņņemumu sniegtajiem apdrošināšanas pakalpojumiem:

jā

nē

Vēlamais informācijas saņņemšanas veids:

Pa e – pastu

Pa tālruni

Vēlos iegādāties nelaimes gadījumu apdrošināšanu

Apdrošināšanas programma

Apdrošinātājs apliecinā, ka pieteikumā norādītie personas 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 jāapliecinā ar Apdrošinājuma Ņēmēja / Apdrošinātā parakstu.

Datums (dd.mm.gggg.)

Apdrošinājuma Ņēmēja  
/ Apdrošinātā paraksts

## ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

### Aizpilda apdrošināšanas konsultants

Vārds, uzvārds

### Aizpilda riska parakstītājs

Apstiprinu polises izdošanu  
(paraksts, atšifrējums)

### Aizpilda Apdrošinātājs

Saņņemšanas datums

Polises nr.

### Informācija par izmaksu

Slipa Nr.

Kopā

Nodoklis

Izmaksai