

PIETEIKUMS NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANAI

AIZPILDA APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS




VIENLAIKUS ARĪ APDROŠINĀTĀ PERSONA

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

AIZPILDA, JA APDROŠINĀTĀ PERSONA NAV APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

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

APDROŠINĀJUMA SUMMAS

Segums	Nāve	Neatgriezenisks sakropļojums, A/B/C	Kaulu lūzums un trauma	Pārejoša darba nespēja (dienas nauda)	Stacionārā ārstēšanās (slimnīcas nauda)	Apdegumi vai apsaldējumi	Ambulatorā ārstēšanās (ārstēšanās izdevumi)
Apdrošinājuma summa				<input type="text"/> /dienā	<input type="text"/> /dienā		
		A B C	D E				
 Ja apdrošinājuma summa Nāves un/vai Neatgriezeniska sakropļojuma segumam ir vairāk kā 115000 EUR, lūdzu, aizpildīt Pielikumu Nr.4 Finanšu izpētes veidlapa.							
Kritisko slimību papildapdrošināšana			Apdrošinājuma summa				
 Ja izvēlēta Kritisko slimību papildapdrošināšana, lūdzu, aizpildīt Veselības deklarāciju.							
Segumā iekļaut manus norādītos sporta veidus un/vai vaļaspriekus				Bērnu apdrošināšanas programma nr.		Senioru programma nr.	
Bērna dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)							
Bērna vārds, uzvārds				Bērna personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
 Ja vēlaties iekļaut vairākus bērnus, lūdzu, aizpildiet pielikumu Nr. 4							

JAUTĀJUMI APDROŠINĀTĀJAM (ATBILDES SNIEDZ APDROŠINĀTAIS) 1-5

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)?	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, alpinismu)?	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, kad un kādas traumas vai ievainojumi ir gūti, ārstēšanās rezultātus, ārstniecības iestādi.
4. Vai pēdējo 3 gadu laikā esat guvis traumas, ievainojumus?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kad un kādas traumas vai ievainojumi ir gūti, ārstēšanās rezultātus, ārstniecības iestādi.
5. Vai Jums ir hroniska slimība, pastāvīgi veselības traucējumi vai piešķirta invaliditātes grupa?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kad un kāpēc.

JAUTĀJUMI PAR BĒRNU, JA IZVĒLĒTA BĒRNU APDROŠINĀŠANAS PROGRAMMA

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 ciņas 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 bērnam ir kāda hroniska slimība, pastāvīgi veselības traucējumi vai piešķirta invaliditātes grupa?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kas tieši.
3. Vai pēdējo 3 gadu laikā bērns ir guvis traumas, ievainojumus?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kad un kādas traumas vai ievainojumi ir gūti, ārstēšanās rezultātus, ārstniecības iestādi.

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"/>			

LŪDZU, NORĀDIET, KURI PIELIKUMI IR AIZPILDĪTI UN IESNIEGTI KOPĀ AR ŠO PIETEIKUMU

1. pielikums: Veselības deklarācija 1
2. pielikums: Veselības deklarācija 2
3. pielikums: Veselības deklarācija 3
4. pielikums: Jautājumi par bērnu – gadījumiem, ja vairāki bērni
N/A 5. pielikums: Klientu izpētes veidlapa
N/A 6. pielikums: Padziļinātās izpētes veidlapa
7. pielikums: Finanšu izpētes veidlapa

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA/APDROŠINĀTĀ 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/Apdrošinātājam uzņemties kādas saistības;
- esmu iepazinies/usies ar izvēlētā apdrošināšanas veida/-u piedāvājumu, apdrošināšanas noteikumiem, saprotu tos un piekritu 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 līguma, 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.

Vēlamais informācijas saņemšanas veids:

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

jā

nē

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 jebkādam 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 Apdrošinātājs, veicot apdrošināšanas prēmijas samaksu, apliecina, ka viņa (-as) sniegtā informācija ir pilnīga, patiesa un pareiza.

Datums (dd.mm.gggg.)

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

Vārds, Uzvārds

Ģimenes locekļu piedāvājums/atlaide

Aizpilda apdrošināšanas sabiedrība

Saņemšanas datums

Polises nr.

Apstiprinu polises izdošanu (paraksts, atšifrējums)

Aizpilda riska parakstītājs

Koeficients:

NGA Grupa: