

Pieteikums

Mūža pensijas apdrošināšanas līguma noslēgšanai

Aizpildot formu, kur nepieciešams, savu izvēli atzīmējiet ar

Apdrošinājumaņēmējs/ Apdrošinātais _____
(vārds, uzvārds)

Personas kods _____ Dzimšanas datums _____ Vīrietis Sieviete

Dzīvesvietas adrese _____

Tālruna nr. _____ E-pasta adrese _____

Apdrošināšanas prēmija (pensiju 2. līmenī uzkrātais kapitāls): _____
(summa, EUR)

Atliktais periods: Nē Jā _____ gadi

(laika periods līdz 10 gadiem uz kuru atlikta Mūža pensijas izmaksu uzsākšana)

Izmaksas biežums: reizi mēnesī reizi ceturksnī reizi pusgadā reizi gadā

Izmaksas posmi:

(laika periodi gados, kuros var izvēlēties saņemt dažāda lieluma Mūža pensijas izmaksas)

1 posms _____ EUR līdz mūža beigām

2 posmi _____ EUR _____ gadi*, _____ EUR līdz mūža beigām
(1.posms) (2.posms)

3 posmi _____ EUR _____ gadi*, _____ EUR _____ gadi, _____ EUR līdz mūža beigām
(1.posms) (2.posms) (3.posms)

*minimums 5 gadi

Garantētais izmaksas periods: Nē Jā _____ gadi

(laika periods līdz 20 gadiem, kurā Apdrošinātā nāves gadījumā viņam paredzēto Mūža pensiju turpina saņemt Labuma guvējs).

Aizpilda, ja norādīts garantētais izmaksas periods

1. Labuma guvējs _____
(vārds, uzvārds) (personas kods) (saistība) (daļa %)

(Kontaktinformācija: tālruna numurs, dzīvesvietas adrese vai e-pasts)

2. Labuma guvējs _____
(vārds, uzvārds) (personas kods) (saistība) (daļa %)

(Kontaktinformācija: tālruna numurs, dzīvesvietas adrese vai e-pasts)

(Labuma guvējs: Mūža pensijas apdrošināšanas līgumā norādītā persona, kurai Apdrošinātā nāves gadījumā, ja Apdrošinājumaņēmējs izvēlies Garantētu izmaksas periodu, tiek maksāta Mūža pensija līdz Garantētā izmaksu perioda beigām)

Mūža pensiju lūdzu izmaksāt uz manu norēķinu kontu:

Bankas nosaukums _____ Konta nr. _____

Mūža pensijas izmaksas tiek veiktas mēneša 5. datumā, atbilstoši izvēlētajam Izmaksas biežumam (mēnesis, ceturksnis, pusgads vai gads). Saskaņā ar Latvijas Republikas tiesību aktiem, izmaksājot Mūža pensiju, tiek ieturēts iedzīvotāju ienākuma nodoklis.

Parakstot šo pieteikumu apliecinu, ka esmu iepazinies ar Apdrošināšanas līguma noteikumiem, tos saprotu un tiem piekrītu, apliecinu, ka visas šajā pieteikumā manis sniegtās ziņas ir pilnīgas un patiesas.

AAS "CBL Life" (vienotais reģistrācijas Nr. 40003786859, juridiskā adrese: Republikas laukums 2A, Rīga, Latvija, LV-1010, personas datu aizsardzības speciālista kontaktinformācija: gdpr@citadele.lv kā personas datu pārzinis nolūkā noslēgt apdrošināšanas līgumu un sniegt pakalpojumus apdrošināšanas līguma ietvaros veic personas datu apstrādi. Detalizēta informācija par personas datu apstrādi pieejama Privātuma aizsardzības noteikumos, ar kuriem varat iepazīties www.cbl.lv.)

Apdrošinājumaņēmējs ir atbildīgs kā personas datu pārzinis par labuma guvēju personas datu nodošanu Apdrošinātājam.

Apdrošinājumaņēmējs: _____
(vārds, uzvārds) (paraksts) (datums)

Pieteikumu
pieņēma: _____
(Apdrošinātāja pārstāvja vārds, uzvārds) (paraksts) (datums)

