

Polises №:.....

Apdrošinājumaņēmējs:.....

Adrese:.....

Apdrošinātā persona:..... Dzimšanas dati:.....

Es vēlos veikt sekojošas izmaiņas no **01.** (mēnesis / gads) **Apdrošinājumaņēmēja adreses maiņa: ***

Jaunā adrese:

 Prēmijas **palielināšana** no EUR..... uz EUR..... gadā (iespējams tikai, beidzoties kārtējam apdrošināšanas gadam!) Prēmijas **samazināšana** no EUR..... uz EUR..... gadā (iespējams tikai, beidzoties kārtējam apdrošināšanas gadam!) (Nemiet vērā, ka minimālā prēmija ir 300,00 EUR!) **Līguma laušana 1. apdrošināšanas gada beigās, bez atpirkuma vērtības (atteikums)** **Atteikšanās no papildu apdrošināšanas:** UTZ UI30Z UI50P RD1MZ3 UTZ-DM **Papildu apdrošināšanas iekļaušana:** UTZ UI30Z UI50P
 RD1MZ3 EUR 2 500 EUR 5 000 EUR 7 500

Nepieciešams pievienot veidlapu "Klienta bezmaksas informācija un ieteikums" un sniegt atbildes uz veselības jautājumiem šīs veidlapas 2.lpp!

 Līguma atbrīvošana no prēmiju iemaksas un papildapdrošināšanas anulēšana (invaliditātes gadījuma rezultātā) – UI30Z un papildapdrošināšanas anulēšana (nāve nelaimes gadījuma rezultātā) – UTZ **Kārtējās prēmijas apmaksas termiņa pagarināšana (ne vairāk, kā uz 3 mēnešiem)** **Prēmiju iemaksu atjaunošana:** Prēmiju iemaksa: EUR reizi gadā reizi pusgadā reizi ceturksnī **Līguma izpirkums** (noteikums: esoša izpirkuma vērtība. Sk. tabulu polisē) **Labuma guvēja maiņa:** (norādīt vārdu, personas kodu, procentu skaitu): * Līguma beigās:..... nāves gadījumā:..... smagas slimības iestāšanās gadījumā: **Apdrošinātās personas maiņa grupas tarifā**

uz (vārds, uzvārds):.....

Lūdzam pievienot papildu dokumentus: pases kopiju, atbildes par veselības stāvokli no 2. lpp. un adresi!

 Izmaiņas maksājuma periodiskumā uz reizi gadā reizi pusgadā reizi ceturksnī (iespējams ne agrāk, kā no 3. apdrošināšanas gada, pēc pilnīgas prēmiju apmaksas par pirmajiem diviem apdrošināšanas gadiem) **Atteikšanās no piedāvātās indeksācijas** **Citas izmaiņas: ***

Maksājums EUR tika veikts!

 * **Lūdzu izsniegt pielikumu pie polises ar veiktajām izmaiņām (par maksu).**

Datums:	Apdrošinājumaņēmēja paraksts:	Apdrošinātās personas paraksts:
---------	-------------------------------	---------------------------------

JAUTĀJUMUS aizpilda apdrošinātais - persona, kuras dzīvību apdrošina (Lūdzam sniegt precīzas atbildes. Pareizās atbildes atzīmēt ar krustiņu.)

		nē	jā	
1a	Vai pašreiz ir kādas sūdzības par veselības stāvokli (saslimšanas, traumas, kaites)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kādas?
1b	Vai Jūsu darba spējas ir ierobežotas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Iemesls?
2	Jūsu ģimenes/ ārstējošā ārsta vārds/ uzvārds/ adrese:			
3	Auguma parametri:	Apdrošinātais pieaugušais: Augums cm Svars kg		
4	Vai esat kādreiz lietojis vai lietojat šobrīd narkotiskās vielas? Vai lietojat medikamentus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kādus? Kad pēdējo reizi? Kādās devās? Kādēļ?
5	Vai pēdējo piecu gadu laikā esat bijis ārsta uzraudzībā, izmeklēšanā vai konsultējies pie psihiatra, manuālā terapeita vai tml. (piemēram: sirds, plaušu, kuņģa, nieres, urīnpūšļa, garīgas saslimšanas, cukurslimība vai vēzis, asinsspiediena vai invaliditātes dēļ)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kad? Kādēļ? Cik ilgi? Rezultāti? Ārstējošais ārsts, ārstniecības iestāde:
6	Vai pēdējo piecu gadu laikā esat bijis atbrīvots ilgāk kā četras nedēļas no darba vai mācībām slimības dēļ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7	Vai esat operēts vai ārstēts ar radioaktīvām vielām vai stariem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8	Vai ir veikta izmeklēšana uz HIV-vīrusu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vai esiet inficēts, inficēta ar HIV- vīrusu? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
9	Vai izpildot Jūsu darba pienākumus Jūs esat pakļauts īpašām briesmām (piemēram, radioaktīvo staru, indīgo vielu vai eksplozīvu materiālu iedarbībai) vai izpildāt savus dienesta pienākumus bīstamās zonās?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Precīzas ziņas:
10	Vai Jūs darbā, sportojot vai brīvajā laikā esat pakļauts īpašām briesmām (piemēram, kā: ūdenslīdējs, autosacīkšu braucējs, pilots, kalnos kāpējs, nodarbojoties ar planierismu)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Precīzas ziņas:
11	Vai Jums ir noslēgti arī citi dzīvības apdrošināšanas līgumi vai iesniegti pieteikumi invaliditātes apdrošināšanai?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabiedrība: Atlīdzība nāves gadījumā: Gads: Atlīdzība invaliditātes gadījumā:

Es ar savu parakstu apliecinu, ka uz šajā veidlapā uzdotajiem jautājumiem esmu atbildējis godīgi un pilnīgi un neko neesmu noklusējis. Es ņemu vērā to, ka nepilnīgu vai nepareizu ziņu sniegšanas sekas ir apdrošināšanas līguma spēka zaudēšana.

Datums:	Apdrošinājumaņēmēja paraksts:	Apdrošinātās personas paraksts:
---------	-------------------------------	---------------------------------