

**CHANGE OF POLICYHOLDER / APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA MAIŅA**

---

Policy No. / **Polise nr.** .....

Name and address of previous policyholder/  
**Bijušā apdrošinājuma ņēmēja vārds un adrese**

.....  
.....  
.....

Name and address of new policyholder/  
**Jaunā apdrošinājuma ņēmēja vārds un adrese**

.....  
.....  
.....

Date of birth of new policyholder /  
**Jaunā apdrošinājuma ņēmēja  
dzimšanas datums**

.....  
.....  
.....

Current occupation of new policyholder/**Jaunā apdrošinājuma ņēmēja pašreizējā profesija:**

.....

Monthly income, gross / **Mēneša peļņa (bruto):** .....

I agree to cede all rights and obligations of the above insurance contract to the new policy holder./  
**Es nododu visas ar augstākminēto apdrošināšanas līgumu saistītās tiesības un pienākumus  
jaunajam apdrošinājuma ņēmējam.**

.....  
Signature of previous policyholder /  
**Bijušā apdrošinājuma ņēmēja paraksts**

.....  
Date / **Datums**

Please let a notary confirm the signature of previous policyholder/ **Bijušā apdrošinājuma ņēmēja  
parakstam ir jābūt notariāli apliecinātam.**

As the new policyholder, I agree to take over all rights and obligations of the above mentioned insurance  
contract. / **Es kā jaunais apdrošinājuma ņēmējs uzņemos visas ar augstākminēto apdrošināšanas  
līgumu saistītās tiesības un pienākumus.**

.....  
Signature of new policyholder /  
**Jaunā apdrošinājuma ņēmēja paraksts**

.....  
Date / **Datums**

In the case of the insured person's death, the following person(s) will be entitled to receive the benefit  
payment: / **Apdrošinātās personas nāves gadījumā labuma guvējs/ -ji ir:**

Full name /  
**Vārds un uzvārds**

Date of birth /  
**Dzimšanas datums**

Percentage /  
**Procentuāli**

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
100,00

.....  
Signature of the new policyholder /  
**Jaunā apdrošinājuma ņēmēja paraksts**

**1. Personas dati (pievienot pases kopiju vai kādu citu personas apliecināšanu dokumentu ar fotogrāfiju un parakstu)**

Vārds/uzvārds: .....  
 Adrese: .....  
 Dzimšanas datums: ..... Tālr.: .....  
 Ģimenes stāvoklis: ..... Bērnu skaits: .....  
 Jūsu profesija: .....  
 Pašreizējā profesija: .....  
 Mēneša ienākumi (bruto): .....

**2. Apliecinājums par nodokļu rezidenci saskaņā ar Vienotajiem ziņojumu sagatavošanas standartiem (CRS)**

Vienotie ziņojumu sagatavošanas standarti paredzēti starptautiskai nodokļu informācijas automātiskai apmaiņai starp jurisdikcijām. Atbilstoši Vienotajiem ziņojumu sagatavošanas standartiem, Austrijas tiesību akti nosaka, ka Grazer Wechselseitige Versicherung AG (Grawe) no tās apdrošinājuma ņēmējiem jāiegūst apliecinājums par to nodokļu rezidenci. Ja apdrošinājuma ņēmēja nodokļu rezidences valsts ir ārpus Austrijas, kas ir Vienoto ziņojumu sagatavošanas standartu dalībvalsts (piemēram, Latvija), Grawe obligāti, katru gadu jāsniedz dati par apdrošinājuma ņēmēju un viņa/viņas dzīvības apdrošināšanas līgumu(-iem) Austrijas Finanšu ministrijai. Austrijas Finanšu ministrija šo informāciju nodod nodokļu iestādēm katrā dalībvalstī. **Lūdzam, norādiet nodokļu rezidences valsti un apdrošinājuma ņēmēja nodokļu maksātāja numuru zemāk norādītajā tabulā.** Ja nodokļu rezidences valstis ir vairākas, jānorāda visas valstis un attiecīgos nodokļu maksātāja numurus. **Apdrošinājuma ņēmējam nekavējoties jāziņo Grawe par jebkādam izmaiņām attiecībā uz šo informāciju.**

Nodokļu rezidences valsts	Nodokļu maksātāja numurs

**3. 1) Vai Jūs esat nodokļu maksātājs ASV?**

jā  nē

Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums nekavējoties informēt apdrošinātāju par jebkurām izmaiņām šajā sakarā.

**2) Apdrošinājuma ņēmēja pilsonība:** .....

**4. Apdrošinājuma ņēmējs darbojas kā pilnvarotā persona (t.i., vai viņš/viņa slēdz apdrošināšanas līgumu citas personas vārdā [pilnvarotājs])?**

nē  jā Pilnvarotāja vārds, uzvārds un dzimšanas datums: .....

Ja jā, jāiesniedz pilnvarotāja pases kopija. Apdrošinājuma ņēmējs ar šo apliecina, ka viņš/viņa ir personīgi apliecinājis(-usi) pilnvarotāja identitāti.

**5. Dati par Jūsu pašreizējo darba devēju**

Darba devējs/ uzņēmums, kur pašreiz esat nodarbināts: .....

Darba devēja/uzņēmuma adrese: ..... Tālr.: .....

Jūsu darba e-pasta adrese: .....

Jūsu darba devēja interneta mājas lapa - http:// .....

Cik ilgi Jūs strādājat šajā uzņēmumā: .....

**6. Vai Jūs vai Jūsu ģimenes locekļi\*) un cilvēki, kas, iespējams, ir tuvu Jums/viņiem, pašlaik ieņem nozīmīgu publisku amatu\*\*) valsts vai starptautiskā līmenī, vai arī viņi to ir ieņēmuši pēdējā gada laikā? Ja jā, lūdzam, sniedziet sīkāku informāciju par amatu\*\*) un ierakstiet ģimenes locekļa vārdu, kurš ieņem šo amatu:**

\*) Ģimenes locekļi ir laulātie, dzīvesbiedri, bērni (ieskaitot adoptētus un audžubērņus) un viņu laulātie/partneri un vecāki.

\*\*) Nozīmīgas publiskas personas amata definīcija: 1) valstu vadītāji, valdību vadītāji, ministri un ministru vietnieki vai palīgi; 2) parlamenta deputāts vai līdzīgas likumdošanas struktūras locekļi; 3) politiskās partijas vadības struktūras locekļi; 4) augstākās tiesas, konstitucionālās tiesas vai cita augsta līmeņa tiesu institūciju locekļi, kuru lēmumus nevar pārsūdzēt, izņemot ārkārtas apstākļus; 5) revīzijas tiesu vai centrālās bankas valdes locekļi; 6) vēstnieki, Chargés d'Affaires un bruņoto spēku augstākie virsnieki; 7) valsts kapitālsabiedrības padomes, valdes vai uzraudzības struktūru locekļi; 8) starptautiskas organizācijas vadītāji, direktori vai direktoru vietnieki un valdes locekļi vai personas, kas šajā organizācijā ieņem līdzvērtīgu amatu.

**7. Kādēļ Jūs slēdzat apdrošināšanas līgumu?**

Ar mērķi uzkrāt/ieguldīt naudu  
 Materiālam nodrošinājumam nākotnē/apdrošinājuma aizsardzībai  
 Cits mērķis: .....

**8. Vai Jūs domājat, ka arī turpmāk spēsiet veikt gada prēmiju iemaksas no Jūsu augstāk norādītās darba algas vai citiem uzkrājumiem?**

jā  nē

**9. Kādas attiecības Jūs saista ar apdrošināto personu? (aizpildīt gadījumā, ja apdrošinājuma ņēmējs nav vienlaicīgi apdrošinātais)**

Ģimeniskas/radnieciskas radniecības pakāpe: .....  
 Firmas darbinieks/vadības personāls: .....  
 Cita informācija (precīzas ziņas): .....

Visas Jūsu augstāk sniegtās ziņas tiks apstrādātas konfidenciali, bez tālākas nodošanas trešai personai (saskaņā Fizisko personu datu apstrādes likumu).

## Informācija par datu aizsardzību

Šī ir informācija par Jūsu personas datu apstrādi. Lūdzu, ņemiet vērā arī informāciju par datu aizsardzību, kas sniegta mūsu tīmekļa vietnē [www.grawe.at](http://www.grawe.at).

### Atbildīgais par datu apstrādi

Grazer Wechselseitige Versicherung AG, Herrengasse 18-20, 8010 Grāca, tālr. 0316 8037 6222, fakss 0316 8037 6490, [service@grawe.at](mailto:service@grawe.at)

Jautājumos par Jūsu personas datu apstrādi, sākot no 2018. gada 25. maija, lūdzam sazināties ar mūsu atbildīgo darbinieku par datu apstrādi rakstot uz iepriekš minēto adresi ar norādi „Atbildīgajam par datu aizsardzību”, vai nosūtot e-pasta vēstuli: [datenschutzbeauftragter@grawe.at](mailto:datenschutzbeauftragter@grawe.at).

### Personīgo datu apstrādes mērķis un juridiskais pamatojums

Mēs veicam Jūsu personas datu apstrādi, lai pamatotu un noformētu apdrošināšanu. Tas tiek darīts ar noteiktu mērķi, ievērojot Austrijas Datu aizsardzības likumu, kā arī sākot no 2018. gada 25. maija, ES Vispārīgo datu aizsardzības regulu un atbilstošos ar datu aizsardzību saistītos Apdrošināšanas līgumu likuma nosacījumus.

Apdrošināšanas pieteikumā Jūs sniedzāt kā savus, tā arī trešo personu (piemēram, saistību pārņēmēju) personas datus. Šos datus mēs apstrādājam ar mērķi pārbaudīt pieteikumā norādīto informāciju un izvērtēt iespējamus riskus. Ja tiek slēgts apdrošināšanas līgums, personas dati tiek apstrādāti apdrošināšanas līguma noslēgšanas vajadzībām (piemēram, polises noformēšanai, prēmiju noteikšanai), kā arī konsultācijām un palīdzībai apdrošināšanas jautājumos. Apdrošināšanas gadījumā papildu dati tiek apstrādāti saistībā ar apdrošināšanas gadījumu, lai izvērtētu mūsu uzņemtās saistības par izmaksājamo apdrošināšanas atlīdzību apjomu un summas lielumu.

Ja nepieciešams izmantot īpašas kategorijas personas datus (piemēram, veselības datus dzīvības un nelaimes gadījumu apdrošināšanai), mēs tos apstrādājam, pamatojoties uz Jūsu apdrošināšanas pieteikumā sniegto piekrišanu.

### Datu nodošana – saņēmēju kategorijas

- Pārapirošinātājs, (līdz) apdrošinātājs

Noteiktu risku apdrošināšanas gadījumā mēs sadarbojamies ar pārapirošinātājiem, kuri sniedz mums atbalstu risku un atlīdzību izvērtēšanā. Tāpat zināmu risku apdrošināšanas gadījumā ir iespējama risku sadalīšana vairāku (līdz) apdrošinātāju starpā. Šādos gadījumos var rasties nepieciešamība nodot personas datus pārapirošinātāja vai (līdz) apdrošinātāja rīcībā.

- Patstāvīgs apdrošināšanas starpnieks

Ja pakalpojumu sniedz apdrošināšanas starpnieks, tas iegūst un apstrādā Jūsu personas datus un nosūta tos mums risku izvērtēšanai, apdrošināšanas līguma sagatavošanai un atlīdzības pārbaudei. Mēs nododam personas datus apdrošināšanas starpniekam, ciktāl tie ir nepieciešami pakalpojuma sniegšanas vajadzībām.

- Uzraudzības iestādes, tiesa un citas trešās personas

Kā apdrošinātājs mēs esam pakļauti stingrām normatīvo aktu prasībām un atbildīgo iestāžu uzraudzībai. Pastāv iespēja, ka, atbildot uz pieprasījumu, mums jāsniedz apdrošinājuma ņēmēju personas dati iestādēm vai tiesām.

Izvērtējot Jūsu apdrošināšanas atlīdzības gadījumu, ir iespējams, ka tiek iesaistītas trešās personas, piemēram, ārsti, medicīnas iestādes, eksperti vai atlīdzības prasību pilnvarotie uzņēmēji.

### Jūsu personas datu apstrādes nepieciešamība

Jūsu personas datu apstrāde ir nepieciešama apdrošināšanas risku izvērtēšanai, apdrošināšanas pamatojumam, kā arī apdrošināšanas atlīdzības prasījuma apmierināšanai. Ja Jūs šos datus mums nesniedzat, vai nesniedzat tos pietiekamā apjomā, mēs nevaram pamatot Jūsu pieprasīto apdrošināšanu, kā arī nevaram veikt atlīdzības apjoma pārbaudi. Lūdzam ņemt vērā, ka datu nesniegšana vai sniegšana nepietiekamā apjomā nevar tikt uzskatīta par līguma neizpildi no mūsu puses.

Ja esam apstrādājuši personas datus, balstoties uz Jūsu piekrišanu, informējam, ka Jums ir iespēja piekrišanu jebkurā laikā atsaukt, lai mēs pārtrauktu personas datu apstrādi piekrišanā norādītajiem mērķiem no piekrišanas atsaukuma saņemšanas dienas.

### Uzglabāšanas termiņš

Mēs saglabājam Jūsu personas datus visu apdrošināšanas līgumattiecību pastāvēšanas laiku. Turklāt normatīvie akti nosaka šo datu uzglabāšanas pienākumu, saskaņā ar kuru mums jāuzglabā Jūsu personas dati, trešo personu dati (piemēram, (līdz) apdrošinātās personas), dati par atlīdzību izmaksu un apdrošināšanu arī pēc apdrošināšanas līgumattiecību beigām vai atlīdzības gadījuma beigām. Mēs šos datus uzglabājam tik ilgi, cik ilgi pastāv juridisku prasību iespējamība, kas izriet no apdrošināšanas līgumattiecībām.

### Jūsu tiesības

Jums ir tiesības pieprasīt izziņu par saglabātajiem Jūsu personas datiem. Ja Jūsu personas dati ir apstrādāti nepareizi, vai tie ir nepilnīgi, Jums ir tiesības pieprasīt šo datu labošanu vai papildināšanu. Jums ir tiesības pieprasīt tādu datu dzēšanu, kas nav apstrādāti atbilstoši normatīvo aktu prasībām. Ja nav skaidrs, vai apstrādātie personas dati ir pareizi, pilnīgi un likumīgi apstrādāti, Jums, sākot ar 2018. gada 25. maiju, ir tiesības pieprasīt Jūsu personas datu apstrādes ierobežošanu līdz šī jautājuma noskaidrošanai.

Arī tad, ja Jūsu personas dati ir pareizi un pilnīgi un tie ir apstrādāti atbilstoši normatīvo aktu prasībām, Jums ir tiesības īpašos, pamatotos gadījumos iebilst pret šo datu apstrādi. Tāpat Jums ir tiesības iebilst, ja saņemat no mums tiešus reklāmas materiālus un turpmāk vairs nevēlaties tos saņemt.

Informējam, ka, sākot no 2018. gada 25. maija, Jums ir tiesības pieprasīt Jūsu sniegto personas datu nodošanu strukturētā, izvērstā un elektroniski nolasāmā formātā.

### Tiesības iesniegt sūdzību

Neskatoties uz to, ka cenšamies nodrošināt vislabāko Jūsu personas datu aizsardzību un neaizskaramību, iespējams, var rasties domstarpības par Jūsu personas datu izmantošanas veidu. Ja uzskatāt, ka Jūsu personas dati ir izmantoti nepieļaujamā veidā, Jums ir tiesības iesniegt sūdzību Austrijas Datu aizsardzības iestādē.

## Piekrišana veselības datu ievākšanai un apstrādei

Lai pieprasītās dzīvības apdrošināšanas gadījumā veiktu risku izvērtēšanu (apdrošinātās personas veselības stāvokļa novērtējumu), bet apdrošināšanas gadījumā - atbildības pieprasījuma pārbaudi, uzņēmumam Grazer Wechselfeitige Versicherung AG (Grawe) ir nepieciešams saņemt un apstrādāt tālāk norādītos apdrošinātās personas veselības datus, kam tiek sniegta šī piekrišana.

### 1) Līguma noslēgšana

Apdrošinājumaņēmējs un apdrošinātā persona piekrīt, ka Grawe drīkst iegūt personas veselības datus, izmantojot obligātās ārstu, slimnīcu un citu veselības aprūpes iestāžu izziņas, lai noteiktu, vai un uz kādiem nosacījumiem tiek noslēgts vai mainīts apdrošināšanas līgums.

Izziņas ir dokumenti, kas nepieciešami veselības stāvokļa novērtēšanai (piemēram, anamnēze, izraksti, histoloģijas un laboratorijas analīžu rezultāti, citi diagnožu atzinumi, infūzijas lapa, klīniskie vai ārstu uzņemšanas un ārstniecības dati, ar piebildi, ka atsevišķos gadījumos pietiek ar mazāku dokumentu apjomu).

### 2) Apdrošināšanas gadījums

Apdrošinājumaņēmējs un apdrošinātā persona piekrīt, ka Grawe konkrēta apdrošināšanas gadījuma novērtēšanai un prasījumu apmierināšanai ir tiesības saņemt personas veselības datus, izmantojot obligātās ārstu, medicīnas iestāžu vai citu veselības aprūpes iestāžu izziņas par diagnozi, kā arī ārstēšanas veidu un ilgumu.

Obligātās izziņas ir atbildības apmēra noteikšanai nepieciešamās izziņas par slimībām, negadījumu sekām un kaitēm, kas saistīti ar konkrēto apdrošināšanas gadījumu (piemēram, dati par uzņemšanu stacionārā vai ambulatorā aprūpē, par atbilstošajiem negadījuma cēloņiem, slimnīcas vai ārstu uzņemšanas un aprūpes dati, anamnēze, diagnozes atzinumi, operāciju atskaites, ārstēšanas gaitas ziņojumi, izraksti, tiesu medicīnas atzinumi, dalības un iestāžu protokoli, ar atrunu, ka atsevišķos gadījumos pietiek ar mazāku dokumentu apjomu).

Ar šo apdrošinājumaņēmējs un apdrošinātā persona, slēdzot līgumu, piekrīt veselības datu nodošanai un apstrādei saskaņā ar 1) punktu un atbildības gadījumā saskaņā ar 2) punktu un jau iepriekš atbrīvo šajos punktos minētos datus sniedzējus no ārstu un citu profesiju informācijas neizpaušanas pienākuma.

Jā  Nē

Šo piekrišanu jebkurā brīdī var atsaukt. Atsaukuma gadījumā iespējams, ka Grawe aptur pārējo dokumentu ievākšanu, vai noraida pieteikumu, proti, ka Grawe nevar veikt pakalpojuma pieprasījuma pārbaudi un nevar sniegt apdrošināšanas pakalpojumu.

\_\_\_\_\_  
Datums

\_\_\_\_\_  
Apdrošinājumaņēmēja paraksts

\_\_\_\_\_  
Apdrošinātās personas paraksts

## Piekrišana noteikto līguma dokumentu nosūtīšanai elektroniskā veidā

Pieteikuma iesniedzējs (apdrošinājumaņēmējs) piekrīt, ka apdrošinātājs uz apdrošinājumaņēmēja e-pasta adresi sūtīs izziņas par fiziskās personas noslēgto līgumu par dzīvības apdrošināšanu (ar līdzekļu uzkrāšanu) un veiktajiem apdrošināšanas prēmiju maksājumiem, vēstules polises apmaksai un informācijas vēstules par iegūto līdzdalību peļņā. Piekrišana ir spēkā šim pieteikumam/līgumam, kā arī dotā pieteikuma iesniedzēja (apdrošinājumaņēmēja) visiem eksistējošajiem un nākotnē iesniedzamajiem pieteikumiem/līgumiem. Šo piekrišanu jebkurā brīdī var atsaukt.

Pieteikuma iesniedzējs (apdrošinājumaņēmējs) nepārprotami apliecina šo piekrišanu un lūdz sūtīt dokumentus uz e-pasta adresi:

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Jā  Nē

\_\_\_\_\_  
Datums

\_\_\_\_\_  
Pieteikuma iesniedzēja (apdrošinājumaņēmēja) paraksts