

PIETEIKUMS PERSONAS APDROŠINĀŠANAI UNIVERSĀLĀ DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANA

AIZPILDA APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

VIENLAIKUS ARĪ APDROŠINĀTĀ PERSONA

Vārds, uzvārds Personas kods vai identifikācijas numurs

Dzīvesvietas adrese Latvijā un/vai ārvalstīs LV -

Pilsonība Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)

Tālrunis e-pasts


Dzimums: sieviete vīrietis Nodarbošanās, ieņemamais amats

Nodokļu noteikumi pieprasa „Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle” iegūt noteiktu informāciju par fiziskās personas rezidences vietu un klasifikāciju atbilstoši FATCA* un ES/ESAO** nodokļu informācijas apmaiņas noteikumu vajadzībām.

Rezidences valsts nodokļu vajadzībām Nodokļu maksātāja identifikācijas numurs

Lūdzu nosaukt visas valstis, kuru rezidents nodokļu vajadzībām Jūs esat, un norādiet savus nodokļu maksātāja identifikācijas numurus attiecīgajās valstīs.

Esmu pastāvīgs Latvijas iedzīvotājs jā nē Ja "nē", lūdzu norādīt valstis kurās esat pastāvīgs iedzīvotājs

 **Ja atzīmēts "NĒ", lūdzu, aizpildiet Padziļinātās izpētes veidlapu. Pielikums Nr. 6**

* **FATCA – ASV nodokļu likums “The Foreign Account Tax Compliance Act”** (“Ārvalstu kontu nodokļu pienākumu izpildes likums”) un jebkādi vietējie tiesību akti, kas pieņemti, un starpvaldību vienošanās, kas noslēgtas attiecīgā nodokļu likuma ieviešanai noteiktajā jurisdikcijā.
** **ES/ESAO – nodokļu informācijas apmaiņas noteikumi.** Padomes 2014. gada 9. decembra direktīva 2014/107/ES, ar ko groza Direktīvu 2011/16/ES attiecībā uz obligāto automatisko informācijas apmaiņu nodokļu jomā pārņemšanu, ESAO Kopējais standarts ziņošanai un padziļinātai izpētei finanšu kontu informācijai un jebkādi vietējie tiesību akti, kas pieņemti, un starpvaldību vienošanās, kas noslēgtas noteiktajā jurisdikcijā, lai nodrošinātu atbilstību iepriekšminētajiem noteikumiem.

APLIECINĀJUMS PAR POLITISKI NOZĪMĪGU PERSONU

Noziedzīgi iegūtu līdzekļu legalizācijas un terorisma un proliferācijas finansēšanas novēršanas likums paredz, ka Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle kā finanšu iestādei ir pienākums iegūt informāciju par saviem klientiem.

Vai jūs esat politiski nozīmīga persona? jā nē

Amats Valsts

Vai jūs esat saistīts ar politiski nozīmīgu personu? jā nē

Vārds, uzvārds

Personas kods vai identifikācijas numurs Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)

Pilsonība Dzimšanas vieta (valsts)

Ģimenes loceklis Cieši saistīta persona Paskaidrojums


Amats Valsts

* Terminu “Politiski nozīmīga persona”, “politiski nozīmīgas personas ģimenes loceklis” un “ar politiski nozīmīgu personu cieši saistīta persona” skaidrojumi atrodami NILLTFPN likuma 1.panta 18., 18.1 un 18.2 punktos.
Noziedzīgi iegūtu līdzekļu legalizācijas un terorisma un proliferācijas finansēšanas novēršanas likuma 1. panta 2^o. daļas 5. punkts


AIZPILDA, JA APDROŠINĀTĀ PERSONA NAV APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

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

UNIVERSĀLĀ DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANA (UDA)

Dzīvības riska apdrošinājuma summa pirmajā apdrošināšanas gadā	Apdrošināšanas periods (gadi)	Prēmijas maksājuma apmērs
Uzkrājošā apdrošināšana bērniem	Uzkrājošā apdrošināšana pensijai	Citam mērķim
Dzīvības riska apdrošinājuma summas palielinājums sākot ar otro gadu		reizes Papildu vienreizējā iemaksa
Valūta: EUR	Iemaksu regularitāte:	Ikmēneša Ceturkšņa Pusgada Gada Vienreizējs maksājums
Plānotais prēmijas apmērs pārsniedz 1000 EUR gadā		
 Ja atzīmēts, lūdzu, aizpildiet Klientu izpētes veidlapu. Pielikums Nr. 5		

NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANA

Nāve	Neatgriezenisks sakropļojums A	Kaulu lūzumi un traumas E	Pārejoša darba nespēja (dienas nauda)
Apdrošinājuma summa	Segumā iekļaut nelaimes papildapdrošināšanu bērnam	Apdrošināšanas programma	
		Bērna dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)	
Bērna vārds, uzvārds	Bērna personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>	
 Ja vēlaties iekļaut vairākus bērnus, lūdzu, aizpildiet pielikumu Nr. 4			

JAUTĀJUMI PAR BĒRNU, JA IEKĻAUTA NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANA BĒRNAM

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 cīņas 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.

KRITISKO SLIMĪBU PAPILDAPDROŠINĀŠANA

Pamata saraksts

(10 slimības)

Paplašinātais saraksts

(40 slimības + 21 Bērnu slimības). Paplašinātajā apdrošināšanas segumā ir iekļauti arī apdrošinātās personas bērni (t.sk. nepilngadīgie, adoptētie vai aizbildnībā esošie bērni) (apdrošināšanas seguma laikā iespējamās atlīdzības ne vairāk kā par 3 bērniem), kas ir jaunāki par 18 gadiem.

Apdrošinājuma summa

Izvēloties Paplašināto sarakstu es apliecinu (Lūdzu, atzīmēt vienu no apliecinājuma variantiem):

Līguma slēgšanas brīdī man nav nepilngadīgu bērnu

Apliecinu, ka nevienam no maniem nepilngadīgajiem bērniem, ja tādi ir, uz līguma noslēgšanas brīdi nav diagnosticēta, nav veikta vai nav plānota kāda medicīniska pārbaude, kas saistīta ar iespējamu saslimšanu ar jebkuru no kritisko slimību papildapdrošināšanas noteikumu CI/O3 pielikumā Nr. 2 minētajām Bērnu slimībām, kuru rezultāti vēl nav zināmi.

Nevaru sniegt iepriekšējā punktā minēto apliecinājumu*

* Saproto, ka Apdrošināšanas segums nebūs spēkā bērnam vai bērniem, kam šī līguma slēgšanas brīdī ir diagnosticēta, ir veikta vai ir plānota kāda medicīniska pārbaude, kas saistīta ar iespējamu saslimšanu ar jebkuru no kritisko slimību papildapdrošināšanas noteikumu CI/O3 pielikumā Nr. 2 minētajām Bērnu slimībām, kuru rezultāti vēl nav zināmi.

Lūdzu, atzīmēt, ja Dzīvības apdrošināšanas vai Nelaiemes gadījumu vai Kritisko slimību papildapdrošināšanas summa ir vairāk nekā 150 000 EUR



Ja atzīmēts, lūdzu, aizpildiet Finanšu izpētes veidlapu, Pielikums Nr. 7

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"/>			

PIEBILDES

KORESPONDENCES SAŅEMŠANA

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:

- Visā manīs 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/Apdrošinātajam 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 datu, 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.
- 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.
- Atļauju no šī pieteikuma parakstīšanas 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.

Apdrošinātājs apliecina, ka pieteikumā norādītie personas dati tiks izmantoti tikai atbilstoši to apstrādes mērķim un tam nepieciešamajā apjomā.

NILLTPFN likuma prasības

- Atbilstoši Noziedzīgi iegūtu līdzekļu legalizācijas un terorisma un proliferācijas finansēšanas novēršanas likuma 28.panta pirmās un otrās daļas prasībām Jums ir pienākums sniegt pieprasīto informāciju. Gadījumā, ja pieprasītā informācija netiek sniegta, Apdrošinātājam ir pienākums izbeigt darījuma attiecības ar Klientu un pieprasīt klienta saistību pirmstermiņa izpildi.
- Klienti aņņemas nekavējoties paziņot Apdrošinātājam par jebkuru šeit minēto datu izmaiņām, bet ne vēlāk kā 5 (piecu) dienu laikā no izmaiņu rašanās brīža. Apliecinu, ka visi dati ir patiesi un pilnīgi.
- Esmu informēts, ka Krimināllikuma 195.1 pantā ir paredzēta kriminālatbildība par apzināti nepatiesu ziņu sniegšanu par līdzekļu piederību.
- 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 tādejādi nonāktu pretrunā ar jebkuru starptautisko sankciju*. Apdrošinātājs nav atbildīgs par jebkādam prasībām vai zaudējumiem iepriekš minēto iemeslu dēļ.

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

jā nē Vēlamais informācijas saņemšanas veids: Pa e – pastu Pa tālruni

Apdrošinātājs apliecina, ka pieteikumā norādītie personas dati, tiks izmantoti tikai atbilstoši to apstrādes mērķim un tam nepieciešamajā apjomā.

Šis pieteikums ir neatņemama 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 jāapliecina ar Apdrošinājuma Ņēmēja/Apdrošinātā parakstu.

* **Starptautiskā sankcija** – Ekonomiska vai finansiāla sankcija, embargo vai jebkura cita līdzīga sankcija, aizliegums vai ierobežojošs pasākums, kas noteikt saskaņā ar Apvienoto Nāciju Organizācijas, Eiropas Savienības, Latvijas Republikas, Lielbritānijas un Ziemeļīrijas Apvienotā Karalistes vai Amerikas Savienoto Valstu tiesību aktiem (tostarp sankcijas, kuras pārvalda, vai īsteno ASV Valsts kases Ārvalstu aktīvu kontroles birojs).

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
5. pielikums: Klientu izpētes veidlapa
6. pielikums: Padziļinātās izpētes veidlapa
7. pielikums: Finanšu izpētes veidlapa

PARAKSTS

Datums (dd.mm.gggg.)

Vārds, uzvārds

Paraksts

ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀŠANAS KONSULTANTS

Apdrošināšanas konsultanta
vārds, uzvārds

Tāl. nr.