

PIETEIKUMS DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANAS POLISES ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAI

AIZPILDA APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS/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

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 nosauciet 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.

IZMAKSAS VEIDS

Apdrošināšanas Polises Nr.

Lūdzu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību saistībā ar apdrošināšanas līguma termiņa beigām.

Lūdzu pārtraukt līgumu pirms termiņa un izmaksāt atpirkuma summu.

APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA IZBEIGŠANAS IEMESLS (ATZĪMĒT ATBILSTOŠO)

Līguma termiņa beigas	Steidzami vajadzīgi līdzekļi personīgām vajadzībām
Izbeigšana 15 dienu laikā no līguma noslēgšanas	Izbraucu dzīvot ārpus Latvijas
Noslēgts / tiks noslēgts līgums citā apdrošināšanas sabiedrībā	Mainījušās finansiālās iespējas
Noslēgts / tiks noslēgts jauns līgums Compensa Life	Cits iemesls:
Līgums neatbilda manām vajadzībām un gaidām	
Neapmierināja līguma slēgšanas process un kvalitāte	

PAPILDUS PIEVIENOTIE DOKUMENTI


Pases vai personas apliecības kopija

Citi:

ATLĪDZĪBAS IZMAKSA

Uz Apdrošinājumaņēmēja bankas kontu


IBAN konta numurs

 Ja tiek norādīts ārzemju bankas konts lūdz norādīt SWIFT kodu.

Bankas nosaukums

Ar šo pilnvarojumu zemāk norādīto personu saņemt man pienākošos atpirkuma summu, veicot izmaksu uz šīs personas norādīto bankas kontu.

IBAN konta numurs

 Ja tiek norādīts ārzemju bankas konts lūdz norādīt SWIFT kodu.

Bankas nosaukums

Pilnvarotās personas vārds, uzvārds

Personas kods vai identifikācijas numurs

PIEBILDES

Papildu informācija

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA APLIECINĀJUMI UN PERSONAS DATU APSTRĀDE

Parakstot šo pieteikumu apliecinu, ka:

- visa manis pieteikumā brīvi sniegtā un Apdrošinātāja pieprasītā informācija ir pilnīga un patiesa;
- esmu iepazinies/usies ar attiecīgā apdrošināšanas veida/-u atskaitījumiem apdrošināšanas līguma izbeigšanas gadījumā;
- esmu informēts/a par iedzīvotāju ienākuma nodokļa atmaksāšanu, ja saistībā ar šo apdrošināšanas līgumu ir saņemti nodokļu atvieglojumi un uz apdrošināšanas līguma izbeigšanas brīdi nav spēkā likumā "Par iedzīvotāju ienākuma nodokli" noteiktie kritēriji nodokļu atvieglojumu saņemšanai;
- atļauju Apdrošinātājam kā pārzinim, apstrādāt manus personas datus, tai skaitā īpašu kategoriju personas datus, Apdrošinātāja Paziņojumā par privātumu norādītajiem mērķiem, t.i., Apdrošināšanas līguma izpildei, ieskaitot apdrošināšanas atlīdzību un citu prasību izskatīšanu; izpildot mūsu saistības, kas izriet no likuma, kā arī aizskarto vai apstrīdēto tiesību aizsardzībai.
- apzinos, ka 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.

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

Pirms šī pieteikuma parakstīšanas, lūdzam pārbaudīt tajā sniegto ziņu pareizību un pilnību. Pie jebkuriem labojumiem pieteikumā obligāti jānorāda "labotam ticēt" un labojumi jāapliecina ar Apdrošinājumaņēmēja vai tā pilnvarotās personas parakstu.

Datums (dd.mm.gggg.)

Apdrošinātā paraksts

Apdrošinājumaņēmēja 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).