

PIETEIKUMS DŽIVĪBAS APDROŠINĀŠANA UZŅĒMUMIEM

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

Nosaukums		Reģistrācijas Nr.	
Juridiskā adrese		LV -	
Darbības nozare		Darbinieku skaits uzņēmumā	
NACE Kods			
Kontaktpersona vai pārstāvis. Amats.			
Kontakttālrunis		e-pasts**	
Faktiskā adrese*		LV -	

* Norādīt gadījumā, ja tā atšķiras no juridiskās adreses. **Uz šo e-pasta adresi tiks nosūtīta ar apdrošināšanu saistītā korespondence

PATIESAIS LABUMA GUVĒJS

Vārds		Uzvārds		Dzimšanas datums		Personas identifikācijas numurs	
Rezidences valsts		Valstspiederība		Pamatkapitāla vai balsstiesīgo akciju kopskaits (%)			

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 juridiskas personas patiesais labuma guvējs ir politiski nozīmīga persona? ☐ jā ☐ nē

Amats Valsts

Vai juridiskas personas patiesais labuma guvējs ir 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

INFORMĀCIJA PAR SAIMNIECISKO DARBĪBU

Detalizēts apraksts par saimniecisko darbību			
Saimnieciska darbība tiek veikta ārpus LV	☐ jā	☐ nē	Ja atbilde ir Jā, tad sniegt skaidrojumu:
Gada neto apgrozījums, EUR (par pēdējo gadu)			
Galvenais ienākumu avots			
Klienta darbības sfēra			
☐ azartspēļu organizēšana	☐	pārapirošināšanas pakalpojumu sniegšana, izņemot gadījumus, ja pakalpojumu sniedzējs ir atbilstoši licencēts un tiek veikta pakalpojuma sniedzēja uzraudzība vai pakalpojuma sniedzējam starptautiskās reitinga aģentūras devušas vērtējumu investīciju kategorijā	
☐ inkasācijas pakalpojumu sniegšana	☐	naudas pakalpojumu sniegšana (piemēram, norēķinu kases, valūtas maiņas punkti, naudas pārskaitījumu aģenti vai citi pakalpojumu sniedzēji, kas piedāvā naudas pārskaitījumu iespējas)	
☐ starpniecība darījumos ar nekustamajiem īpašumiem	☐	citi (norādīt)	
☐ tirdzniecība ar dārgmetāliem un dārgakmeņiem	☐		
☐ tirdzniecība ar ieročiem vai munīciju	☐		

KĀDS IR APDROŠINĀŠANAS IEGĀDES MĒRĶIS?

☐ Darbinieku motivācija	
☐ Sociālās garantijas	
☐ Kolektīvā apdrošināšana	
☐ Citi iemesli:	

DATI PAR APDROŠINĀŠANU

Valūta	Iemaksu regularitāte				
☐ EUR	☐ Ikmēneša	☐ Ceturkšņa	☐ Pusgada	☐ Gada	☐ Vienreizējs maksājums
	Gadi	Mēneši			
Apdrošināšanas līguma termiņš:					
Apdrošināšanas līguma sākuma datums:					
Apdrošināšanas segums:					
☐	Dzīvības apdrošināšana (finansiāls atbalsts personas nāves gadījumā)				
Papildapdrošināšana:					
☐	Nelaiemes gadījumu apdrošināšana (finansiāls atbalsts iestājoties nelaimes gadījumam)				
☐	Kritisko slimību apdrošināšana (finansiāls atbalsts personas smagas slimības gadījumā)				
☐	Invaliditātes apdrošināšana (finansiāls atbalsts 1.invaliditātes grupas gadījumā)				
	Apdrošinātās personas, apdrošinājuma summas un līguma termiņi norādīti pielikumā Nr. 1				

PIEBILDES

--

APLIECINĀJUMI UN PERSONAS DATU APSTRĀDE

Parakstot šo pieteikumu Apdrošinājuma ņēmējs apliecina, ka:

- visa pieteikumā sniegtā un Apdrošinātāja pieprasītā informācija, ir pilnīga un patiesa;
- ir informēts, ka nepilnīgas vai nepatiesas informācijas sniegšanas gadījumā, Apdrošinātājam ir tiesības atzīt apdrošināšanas līgumu, ja tāds ir noslēgts starp Apdrošinājuma ņēmēju un Apdrošinātāju, par spēkā neesošu no tā noslēgšanas brīža;
- ir informēts, ka šis pieteikums neuzliek par pienākumu nedz Apdrošinātājam noslēgt apdrošināšanas līgumu, nedz Apdrošinājuma ņēmējam uzņemties kādas saistības;
- ir iepazinies ar izvēlēto apdrošināšanas veidu/-u piedāvājumu un tajā norādītajiem atskaitījumiem, apdrošināšanas noteikumiem, saprot tos un piekrīt tiem. Apdrošinājuma ņēmējs apņemas informēt Apdrošinātāju par jebkurām izmaiņām informācijā, kas sniegta šajā pieteikumā;
- ir informējis apdrošinātās personas par viņu labā noslēgto apdrošināšanas līgumu un personas datu nodošanu Apdrošinātājam.

Parakstot šo pieteikumu, Apdrošinājuma ņēmējs apliecina, ka atļauj Apdrošinātājam kā pārzinim, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram apdrošināšanas līguma noslēgšanai, administrēšanai un izpildei apstrādāt šajā pieteikumā norādīto un apdrošināšanas līguma darbības laikā iegūto informāciju un personu datus, 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.

Atbilstoši "Atbilstoši "Noziedzīgi iegūtu līdzekļu legalizācijas un terorisma un proliferācijas finansēšanas novēršanas likuma" 28.panta pirmās un otrās daļas prasībām Jums ir pienākums sniegt pieprasāmo informāciju. Gadījumā, ja pieprasītā informācija netiek sniegta, Apdrošinātājam ir pienākums izbeigt darījuma attiecības ar Klientu un pieprasīt klienta saistību pirmstermiņa izpildi.

Klients apņemas 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 patiesi un pilnīgi.

Esmu informēts, ka Krimināllikuma 195.1 pantā ir paredzēta kriminālatbildība par apzināti nepatiesu ziņu sniegšanu par līdzekļu piederību.

APDROŠINĀTĀJA PAZIŅOJUMI

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 parakstu.

Apdrošinājuma ņēmēja			
paraksttiesīgās/o personas/u vārds, uzvārds			
Datums		Paraksts	

Ar šo es, kā augstāk minētā apdrošinājuma ņēmēja pilnvarots pārstāvis apstiprinu, ka augstāk minētā informācija ir patiesa. Es piekrītu, ka „Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle” ir tiesības pieprasīt jebkuru medicīniska rakstura informāciju par apdrošinātās personas datiem, kā arī jebkuru papildus informāciju kas attiecas uz apdrošināto personu.

ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Pieteikums saņemts

Polises nr.

Apstiprinu polises izdošanu
(paraksts, atšifrējums)