

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAI  
APDROŠINĀTĀ NĀVES GADĪJUMĀPolises Nr.  
aizpilda Apdrošinātājs  
Pieteikuma Nr.  
aizpilda Apdrošinātājs

## APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds

Personas kods vai  
identifikācijas numurs

## APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA APRAKSTS

Datums un laiks, kad notika  
apdrošināšanas gadījumsVieta, kur notika  
apdrošināšanas gadījumsApdrošināšanas  
gadījuma aprakstsĀrsta slēdziens,  
diagnoze

## PAPILDUS PIEVIENOTIE DOKUMENTI

Apdrošinātā miršanas  
apliecība kopijaPilnvarotās personas personu  
apliecinoša dokumenta kopijaEkspertīzes  
slēdziensSlimnīcas  
vai ārsta izziņa

Pilnvara

Citi

## LŪDZU IZMAKSĀT APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU, EUR

Lūdzu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzības uz labuma guvēja/pilnvarotās personas bankas kontu

Vārds,  
uzvārdsPersonas kods vai  
identifikācijas numursIBAN  
konta nr.

Banka

Tālrunis

e-pasts

Labuma  
guvēja paraksts

Dzīvesvietas adrese

LV –

Gadījumā, ja Labuma guvējs pilnvaro saņemt apdrošināšanas atlīdzību citu personu, augstāk jānorāda atlīdzības saņēmēja bankas konts, kā arī pieteikumam jāpievieno notariāli apstiprināta pilnvara. Labuma guvējs ar savu parakstu apliecina, ka tas ir precīzi norādījis savu bankas kontu un piekrīt, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksas gadījumā, tā tiks pārskaitīta uz norādīto bankas kontu.

## LABUMA GUVĒJA APLIECINĀJUMI UN PERSONAS DATU APSTRĀDE

Parakstot šo pieteikumu apliecinu, ka:

- visa manis pieteikumā sniegtā un Apdrošinātāja pieprasītā informācija, ir pilnīga un patiesa;
- esmu informēts/a, ka nepilnīgas, nepatiesas, maldinošas informācijas sniegšanas gadījumā, Apdrošinātājam ir tiesības atteikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, kā arī nepatiesas vai maldinošas informācijas sniegšanas gadījumā varu tikt saukts pie atbildības Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;
- atļauju Apdrošinātājam kā pārzinim, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, pieprasīt, saņemt un apstrādāt šajā pieteikumā norādīto informāciju un personu datus, tai skaitā, sensitīvos personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, lai izvērtētu pieteikto Apdrošināšanas gadījumu un noteiktu izmaksājamās Apdrošināšanas atlīdzības apmēru, ievērojot personas datu aizsardzības jomā un citos normatīvajos aktos noteiktās prasības;
- no šī pieteikuma parakstīšanas brīža atļauju Apdrošinātājam pieprasīt un saņemt no jebkuras ar apdrošināšanas līgumu saistītām trešajām personām - valsts un/vai pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām, tai skaitā jebkurām ārstniecības iestādēm jebkuru informāciju un dokumentus, kas saistīti ar manu veselības stāvokli un saņemto medicīnisko palīdzību, kā arī nāves apstākļiem, kas iestājušies apdrošināšanas līguma darbības laikā, lai izvērtētu pieteikto Apdrošināšanas gadījumu un noteiktu izmaksājamās Apdrošināšanas atlīdzības apmēru un veikt no trešajām personām saņemtas informācijas un personas datus, tai skaitā sensitīvo personas datu un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodu apstrādi, kā arī nodot tos apstrādei trešajām personām. Pēc Apdrošinātāja pieprasījuma apņemos izsniegt iepriekš minētajām trešajām personām atļauju izsniegt Apdrošinātājam minēto informāciju un dokumentus.

Apdrošinātājs apliecina, ka pieteikumā norādītie personas dati, tiks izmantoti tikai atbilstoši to apstrādes mērķim un tam nepieciešamajā apjomā. aPirms šī pieteikuma parakstīšanas, lūdzam pārbaudīt tajā sniegto ziņu pareizību un pilnību. Pie jebkuriem labojumiem pieteikumā obligāti jānorāda "labotam ticēt" un labojumi jāapliecina ar Labuma guvēja vai tā pilnvarotās personas parakstu.

Datums

Pieteikuma iesniedzēja  
parakstsParaksta  
atšifrējums

\*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, Amerikas Savienoto Valstu vai Apvienotās Karalistes tiesību aktiem (tostarp sankcijas, kuras pārvalda, vai īsteno ASV Valsts kases Ārvalstu aktīvu kontroles birojs).

## SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Pieteikumu pieņēma

Vārds,  
uzvārds

Paraksts

Datums

## AIZPILDA LABUMA GUVĒJS (FIZISKA PERSONA)

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.

Vārds, uzvārds

Personas kods vai  
identifikācijas numurs

Dzimšanas  
datums

Dzimšanas vieta (valsts)

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.

## APLIECINĀJUMI UN PARAKSTI

- Es apliecinu, ka norādītie dati ir patiesi, precīzi un pilnīgi.
- Man ir pienākums nekavējoties informēt Apdrošinātāju par jebkādam izmaiņām šeit sniegtajos datos.

Labuma guvēja, vārds,  
uzvārds, paraksts

Datums un vieta

\* **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.

## PADZIĻINĀTĀS IZPĒTES VEIDLAPA

Vārds, uzvārds

Personas kods vai  
identifikācijas numurs

1. Vai uz pieteikumu/līgumu attiecas ASV FATCA un  
ES/ESAO nodokļu informācijas apmaiņas noteikumi?

Jā

Nē

9. Vai ir apstiprināta klienta rezidences vieta  
nodokļu vajadzībām kādā ārvalstī, izņemot ASV?

Jā

Nē

Ja atbilde ir „Jā”, pārejiet pie nākamajiem jautājumiem.  
Ja atbilde ir „Nē”, parakstiet veidlapu, un padziļinātā izpēte būs pabeigta.

Ja „Jā”, norādiet valstis un aplieciniet, vai ir saņemts nodokļu maksātāja  
identifikācijas numurs katrai nodokļu rezidences valstij?

2. Vai ir saņemts klienta apliecinājums rezidences  
vietas nodokļu vajadzībām noteikšanai?

Jā

Nē

1. valsts

Jā

Nē

2. valsts

Jā

Nē

3. Vai apliecinājumā ir atzīmēta ASV rezidences  
vieta nodokļu vajadzībām?

Jā

Nē

10. Vai ir apstiprināta klienta vienīgā rezidences  
vieta nodokļu vajadzībām Latvijā?

Jā

Nē

4. Vai apliecinājumā ir atzīmēta rezidences vieta  
nodokļu vajadzībām kādā ārvalstī, izņemot ASV?

Jā

Nē

Ja „Jā”,  
norādiet valstis:

11. Ja klienta rezidences vieta nodokļu vajadzībām  
nav apstiprināta, vai ir saņemta „Anketa klienta  
rezidences vietas nodokļu vajadzībām noteikšanai”  
(fiziskām personām) ar pieprasīto papildinformāciju  
un dokumentiem?

Jā

Nē

5. Vai klientam ir kādas ar ASV saistītas  
pazīmes (indīcija)?

Jā

Nē

12. Apdrošinājuma ņēmēja klasifikācija:

6. Vai klientam ir kādas ar citu ārvalsti, izņemot ASV,  
saistītas pazīmes?

Jā

Nē

ASV persona

Ārvalsts rezidents  
(izņemot ASV):

rezidents (norādīt valsti)

rezidents (norādīt valsti)

7. Vai apliecinājums rezidences vietas noteikšanai  
nodokļu vajadzībām ir derīgs, paties un pareizs?

Jā

Nē

Latvijas rezidents

Nepakļāvīga persona

8. Vai ir apstiprināta klienta rezidences vieta  
nodokļu vajadzībām ASV?

Jā

Nē

13. Līguma klasifikācija:

Ja „Jā”, vai ir saņemts „Apliecinājums rezidences  
vietas nodokļu vajadzībām noteikšanai”  
un ASV W9 veidlapa?

Jā

Nē

Līgums, par kuru  
jāsniedz ziņojums ASV

Līgums, par kuru jāsniedz  
ziņojums ārvalstij (izņemot ASV)

Līgums, par kuru  
nav jāsniedz ziņojums

Līguma noslēgšana atteikta

## SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Darbība

Vārds, uzvārds un amats

Paraksts

Parakstīšanas datums un vieta

Padziļinātās izpētes veikšana

Kontrole

Informēšana

Līguma noslēgšanas atteikums