



PUASS_9.2

COMPENSA

VIENNA INSURANCE GROUP

PIETEIKUMS

UZKRĀTĀS APDROŠINĀJUMA SUMMAS SAŅEMŠANAI

APDROŠINĀTAIS

Vārds, uzvārds

Personas kods vai
identifikācijas numursDzīvesvietas
adrese

LV –

Tālrunis

e-pasts

DATI PAR APDROŠINĀŠANU

Apdrošināšanas polises Nr.

PAPILDUS PIEVIENOTIE DOKUMENTI

Pases
kopijaPersonas
apliecības kopija

Pilnvara

Citi

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSA

Lūdzu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību:

Uz Apdrošinātā bankas kontu

IBAN konta nr.

Banka

Uz pilnvarotās personas bankas kontu

IBAN konta nr.

Banka

Pilnvarotās personas
vārds, uzvārdsPersonas kods
vai identifikācijas nr.

PIEBILDES

Papildus
informācija

APDROŠINĀTĀ APLIECINAJUMI 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 Pazīņojumā 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 apjomā.

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

Apdrošinātā paraksts

Paraksta

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).

ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Pieteikuma Nr.

Slipa Nr.

IIN 20%

Pieteikums
saņemtsSumma
kopāSumma
izmaksaiPieteikumu
reģistrēja

IIN 23%

Apstiprinu
(paraksts)



APLIECINĀJUMS REZIDENCES VIETAS NODOKĻU VAJADZĪBĀM NOTEIKŠANAI

AIZPILDA APDROŠINĀTAIS (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 | <input type="text"/> |
| Dzimšanas datums | Dzimšanas vieta (valsts) | <input type="text"/> |
| | 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.

| | |
|---------------------------------------|-----------------|
| Apdrošinātā, 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

Aizpilda Apdrošinātājs par Apdrošināto (fiziska persona)

| | | | |
|--|--|---|--|
| Vārds, uzvārds | Personas kods vai identifikācijas numurs | <input type="text"/> | |
| 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 |
| 3. Vai apliecinājumā ir atzīmēta ASV rezidences vieta nodokļu vajadzībām? | Jā Nē | 2. valsts | Jā Nē |
| 4. Vai apliecinājumā ir atzīmēta rezidences vieta nodokļu vajadzībām kādā ārvalstī, izņemot ASV? | Jā Nē | 10. Vai ir apstiprināta klienta vienīgā rezidences vieta nodokļu vajadzībām Latvijā? | 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): |
| Ja „Jā”, norādiet valstis: | | | rezidents (norādīt valsti) |
| 7. Vai apliecinājums rezidences vietas noteikšanai nodokļu vajadzībām ir derīgs, paties un pareizs? | Jā Nē | | rezidents (norādīt valsti) |
| 8. Vai ir apstiprināta klienta rezidences vieta nodokļu vajadzībām ASV? | Jā Nē | Latvijas rezidents | Nepakļāvīga persona |
| Ja „Jā”, vai ir saņemts „Apliecinājums rezidences vietas nodokļu vajadzībām noteikšanai” un ASV W9 veidlapa? | Jā Nē | 13. Līguma klasifikācija: | |
| | | Līgums, par kuru jāsniedz ziņojums ASV | Līgums, par kuru jāsniedz ziņojums ārvalstij (izņemot ASV) |
| | | Līgums, par kuru nav jāsniedz ziņojums | Līguma noslēgšana atteikta |

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------|----------|-------------------------------|
| Darbība | Vārds, uzvārds un amats | Paraksts | Parakstīšanas datums un vieta |
| Padziļinātās izpētes veikšana | | | |
| Kontrole | | | |
| Informēšana | | | |
| Līguma noslēgšanas atteikums | | | |