



# PIETEIKUMS PERSONAS APDROŠINĀŠANAI

## AIZPILDA APDROŠINĀTAIS vienlaikus arī APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

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

## KOPĒJIE DATI PAR APDROŠINĀŠANU

Valūta: EUR	Iemaksu regularitāte:	Ikmēneša	Ceturkšņa	Pusgada	Gada	Vienreizējs maksājums
-------------	-----------------------	----------	-----------	---------	------	-----------------------

### UNIVERSĀLĀ DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANA (UDA)

### AKTĪVAIS UZKRĀJUMS (SAU)

Dzīvības riska apdrošinājuma summa pirmajā apdrošināšanas gadā	Apdrošināšanas periods (gadi)	Prēmijas maksājuma apmērs
Uzkrājošā apdrošināšana bērniem	Uzkrājošā apdrošināšana pensijai	
Dzīvības riska apdrošinājuma summas palielinājums sākot ar otro gadu	reizes	Papildu vienreizējā iemaksa

### DZĪVĪBAS TERMIŅAPDROŠINĀŠANA (DTA)

### KREDĪTŅĒMĒJA DZĪVĪBAS APDROŠINĀŠANA (KDA)

Apdrošinājuma summa	Apdrošināšanas periods (gadi)	(mēneši)
---------------------	-------------------------------	----------

## 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/03 pielikumā Nr. 2 minētajām Bērnu slimībām, kuru rezultāti vēl nav zināmi.

Nevaru sniegt iepriekšējo punktā minēto apliecinājumu\*

\* Saprotu, 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/03 pielikumā Nr. 2 minētajām Bērnu slimībām, kuru rezultāti vēl nav zināmi.

## NELAIMES GADĪJUMU PAPILDAPDROŠINĀŠANA\*

## NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANA

Nāve	Neatgriezenisks sakropļojums A	Kaulu lūzumi E	Dienas nauda
Apdrošinājuma summa			
* Ja pie apdrošināšanas UDA vai SAU nav izvēlēta nelaimes gadījumu papildapdrošināšana, tad sākot ar otro apdrošināšanas gadu, polisē tiek iekļauti segumi "Nāve" un "Neatgriezenisks sakropļojums A" ar apdrošinājuma summu 10 000 EUR apmērā katram segumam. Ja segumi "Nāve" un "Neatgriezenisks sakropļojums A" ir izvēlēti ar apdrošinājuma summu, kas mazāka par 10 000 EUR, tad sākot ar otro apdrošināšanas gadu šo segumu apdrošinājuma summa dubultojas.			
Segumā iekļaut manis norādītos sporta veidus un/vai vaļaspriekus	Segumā iekļaut nelaimes papildapdrošināšanu bērnam**	Apdrošināšanas programma	
** Ja izvēlaties iekļaut papildapdrošināšanu bērnam, lūdzu, sniedziet atbildes uz jautājumiem 3.lpp., sadaļā "Jautājumi par bērnu, ja iekļauta papildapdrošināšana bērnam"		Bērna dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)	
Bērna vārds, uzvārds		Bērna personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>

## 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"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Piebildes

## JAUTĀJUMI 1-7

1. Vai Jūs nodarbojaties vai plānojat nodarboties ar sportu (ar auto vai motosportu, ar jāšanas sportu, ar kādu no ciņas 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 vaļasprieki ir saistīti ar paaugstinātu bīstamību (piem., aviāciju vai izpletņu lēkšanu, niršanu ar elpošanas iekārtu izmantošanu, kokapstrādi, medībām, braukšanu ar motociklu, alpinismu)?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, ar ko un cik bieži.
3. Vai Jūs esat pakļauti paaugstinātam riskam savā profesionālajā darbībā (piemēram: eksplozija, elektrība, kaitīgas vielas, krītoši priekšmeti u.tml.)?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kas tieši.
4. Vai pēdējo 3 gadu laikā esat guvis traumas, ievainojumus vai pārcietis saindēšanos?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kad un kādas traumas vai ievainojumi ir gūti, ārstēšanās rezultātus, ārstniecības iestādi.
5. Vai Jums ir paredzēts darbs ārpus Latvijas vairāk kā vienu nedēļu gadā?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet kad, kur, cik ilgi paredzēts atrasties.
6. Vai pašreiz Jums ir spēkā esošs dzīvības, nelaimes gadījumu vai veselības apdrošināšanas līgums?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet apdrošinājuma veidu, summu, segumus, apdrošināšanas sabiedrību, polises darbības termiņu.
7. Vai kāda no apdrošināšanas sabiedrībām kādreiz ir atteikusies vai pārtraukusi Jūs apdrošināt, vai arī ir bijuši ar paaugstinātu risku saistīti prēmiju maksājumi?	jā nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kad un kāpēc.

## JAUTĀJUMI 8-14

8. Jūsu augums	cm	Jūsu svars	kg	Vai Jūs smēķējat?	jā	nē	Ja "jā", tad cik cigaretes dienā	
9. Vai Jums ir sūdzības (ja "jā", lūdzu, pasvītrot) par: sāpēm aiz krūšu kaula, sāpēm sirds apvidū, sirdsklauvēm, neritmisku sirds darbību, biežām galvassāpēm, pastiprinātu nogurumu un elpas trūkumu pie parastas fiziskas slodzes, ilgstošu lēkmjveidīgu klepu ar krēpām, elpas trūkumu naktīs, diskomforta sajūtu vēderā, sāpēm labajā paribē vai ap nabu, jostveida sāpēm vēderā, biežu urināciju naktīs, tūsku uz sejas vai apakšstilbiem, pastiprinātu svišanu, vispārēju nogurumu, svarā krišanos, bieži paaugstinātu ķermeņa temperatūru, kustību ierobežojumiem, atmiņas traucējumiem.								
10. Vai Jums ir, vai ir bijušas slimības, veselības traucējumi vai sūdzības, tādas kā:								
	jā	nē		jā	nē		jā	nē
vēzis, ļaundabīgs audzējs:			gremošanas orgānu saslimšanas:			epilepsija, krampju lēkmes:		
asins slimības:			elpošanas orgānu saslimšanas:			acu vai ausu slimības:		
sirds, asinsvadu slimības:			nervu sistēmas saslimšanas:			iekšējās sekrēcijas dziedzeru saslimšanas:		
HIV infekcija (pozitīvs AIDS tests):			garīgās veselības traucējumi:			kādas citas slimības, kas nav minētas iepriekš, kuras ir ietekmējušas vai nākotnē varētu ietekmēt Jūsu veselības stāvokli:		
hroniskas slimības ilgāk par vienu mēnesi:			muguras, locītavu saslimšanas:					
infekcijas slimības (piem., tuberkuloze):			reproduktīvo orgānu saslimšanas:					
cukura diabēts:			nieru saslimšana, aknu ciroze:					
Ja uz kādu augstāk minēto jautājumu esat atbildējis "jā", lūdzu, norādiet, kas tieši, kad, cik ilgi un vai esat izvesēlojies.								
11. Vai Jums ir kādas citas hroniskas vai iedzimtas slimības, invaliditāte, bijušas vai paredzamas operācijas, ārstēšanās slimnīcā, sanatorijā, apstarošanas kursi.	jā	nē		Ja "jā", lūdzu, norādiet, kas un kad.				
12. Vai Jums ir nācies kavēt darbu slimības dēļ vairāk kā divas nedēļas pēdējo 3 gadu laikā?	jā	nē		Ja "jā", lūdzu, norādiet, kad un kāpēc, ārstēšanās rezultātus, ārstniecības iestādi.				
13. Vai Jūs lietojat vai esat lietojis apreibinošas vielas vai regulāri lietojiet medikamentus (t.sk. miega un nomierinošos līdzekļus, narkotiskās vielas)?	jā	nē		Ja "jā", lūdzu, norādiet kādus, kāpēc un cik ilgi.				
14. Vai Jums ir bijis pašnāvības mēģinājums?	jā	nē		Ja "jā", lūdzu, norādiet, kad.				

## 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 vai pārcietis saindēšanos?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kad un kādas traumas vai ievainojumi ir gūti, ārstēšanās rezultātus, ārstniecības iestādi.
4. Vai pašreiz Jūsu bērnam ir spēkā esošs dzīvības, nelaimes gadījumu vai veselības apdrošināšanas līgums?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet apdrošinājuma veidu, summu, segumus, apdrošināšanas sabiedrību, polises darbības termiņu.
5. Vai kāda no apdrošināšanas sabiedrībām kādreiz ir atteikusies vai pārtraukusi Jūsu bērnu apdrošināt, vai arī ir bijuši ar paaugstinātu risku saistīti prēmiju maksājumi?	jā	nē	Ja "jā", lūdzu, norādiet, kad un kāpēc.

## KORESPONDENCES SAŅEMŠANA

Visu ar apdrošināšanas līgumu saistīto korespondenci sūtīt:	Uz e-pasta adresi	Citur
---	-------------------	-------





# PIETEIKUMS IEGULDĪJUMU FONDU IZVĒLEI

(Derīgs tikai kopā ar pieteikumu personas apdrošināšanai)

## AIZPILDA APDROŠINĀTAIS vienlaikus arī APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

Vārds, uzvārds	Personas kods vai identifikācijas numurs	<input type="text"/>
----------------	---	----------------------

## IEGULDĪJUMU PLĀNS Minimālā ieguldījumu daļa vienā fondā nedrīkst būt mazāka par 10%

KONSERVATĪVĀ ieguldījuma stratēģija		SABALANSĒTĀ ieguldījuma stratēģija		AKTĪVĀ ieguldījuma stratēģija	
Ieguldījumu fonds	Daļa	Ieguldījumu fonds	Daļa	Ieguldījumu fonds	Daļa
Konservatīvais fonds	%	Sabalansētais fonds	%	Agresīvais fonds	%
C-Quadrat ARTS TR Bond H	%	Evli Optimal Allocation Fund	%	Evli Finland Select Fund	%
Bond Portfolio	%	Global Growth Portfolio	%	EVLI Europe Fund	%
Evli Corporate Bond Fund	%	Baltic Growth Portfolio	%	BNP Paribas US Growth	%
C-Quadrat ARTS TR Balanced H	%	C-Quadrat ARTS TR Global - AMI H	%	Avaron Emerging Europe Fund	%
	%	C-QUADRAT ARTS TR Dynamic IH	%	VIG Central European Equity Investment Fund	%
	%		%	VIG Emerging Market ESG Equity Investment Fund	%
	%		%		%
	%		%		%
	%		%		%

## APLIECINĀJUMI UN PERSONAS DATU APSTRĀDE

### Parakstot šo pieteikumu:

- apliecinu, ka visa manis pieteikumā sniegtā un Apdrošinātāja pieprasītā informācija, kas nepieciešama Apdrošinātājam, ir pilnīga un patiesa.
- apzinos, ka uzņemos investīciju risku un ka ieguldījumu fondu vēsturiskais ienesīgums negarantē līdzvērtīgu ienesīgumu nākotnē, esmu informēts, ka Apdrošinātājs, piedāvājot apdrošināšanas ieguldījumu produktu, neizvērtē tā atbilstību klientam un tādēļ klients negūst atbilstošu aizsardzību.
- esmu savlaicīgi, pirms šī pieteikuma iesniegšanas un apdrošināšanas līguma noslēgšanas vai grozīšanas, izlasījis un sapratis tirgum piesaistītās dzīvības apdrošināšanas polises pamatinformācijas dokumentu, kā arī augstāk izvēlēto (-o) ieguldījumu fonda (-u) pamatinformācijas dokumentu (-s). Informāciju par man piedāvātajiem apdrošināšanas produktiem Apdrošinātājs man ir sniedzis saprotamā veidā un tā ir skaidra un precīza, lai es, pamatojoties uz saņemto informāciju, varētu pieņemt lēmumu.

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka atļauju Apdrošinātājam kā pārzinim un personas datu saņēmējam apdrošināšanas līguma noslēgšanai, administrēšanai, izpildei un ieguldījumu veikšanai manis izvēlētajos fondos, apstrādāt šajā pieteikumā norādītos personas datus un apdrošināšanas līguma darbības laikā iegūto informāciju, ievērojot personas datu aizsardzības jomā un citos normatīvajos aktos noteiktās prasības.

Apdrošinātājs apliecinā, 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 parakstu.

Datums  
(dd.mm.gggg.)

Paraksts

Paraksta  
atšifrējums

## ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Pieteikums  
saņemts

Polises nr.

Apstiprinu polises izdošanu  
(paraksts, atšifrējums)

# APLIECINĀJUMS REZIDENCES VIETAS NODOKĻU VAJADZĪBĀM NOTEIKŠANAI

## AIZPILDA APDROŠINĀTAIS vienlaikus arī APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

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 (dd.mm.gggg.)	Dzimšanas vieta (valsts)	
Dzīvesvietas adrese Latvijā un/vai ārvalstīs	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

## 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.

Datums (dd.mm.gggg.)	Vieta	Paraksts	Paraksta atšifrējums
* <b>FATCA – ASV nodokļu likums “The Foreign Account Tax Compliance Act”</b> (“Ārvalstu kontu nodokļu pienākumu izpildes likums”) un jebkādi vietējie tiesību akti, kas pieņemti, un starpvaldību vienošanās, kas noslēgtas attiecīgā nodokļu likuma ieviešanai noteiktajā jurisdikcijā.			
** <b>ES/ESAO – nodokļu informācijas apmaiņas noteikumi.</b> 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 Apdrošinājuma Ņēmēju (fiziska persona)

Apdroš. Ņēmēja 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? Ja atbilde ir „Jā”, pārejiet pie nākamajiem jautājumiem. Ja atbilde ir „Nē”, parakstiet veidlapu, un padziļinātā izpēte būs pabeigta.	jā nē	9. Vai ir apstiprināta klienta rezidences vieta nodokļu vajadzībām kādā ārvalstī, izņemot ASV? 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 <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
3. Vai apliecinājumā ir atzīmēta ASV rezidences vieta nodokļu vajadzībām?	jā nē	2. valsts <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
4. Vai apliecinājumā ir atzīmēta rezidences vieta nodokļu vajadzībām kādā ārvalstī, izņemot ASV? Ja „Jā”, norādiet valstis:	jā nē	10. Vai ir apstiprināta klienta vienīgā rezidences vieta nodokļu vajadzībām Latvijā? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
5. Vai klientam ir kādas ar ASV saistītas pazīmes (indicia)?	jā nē	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? <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
6. Vai klientam ir kādas ar citu ārvalsti, izņemot ASV, saistītas pazīmes? Ja “Jā”, norādiet valstis:	jā nē	12. Apdrošinājuma Ņēmēja klasifikācija: <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
7. Vai apliecinājums rezidences vietas noteikšanai nodokļu vajadzībām ir derīgs, paties un pareizs?	jā nē	ASV persona <input type="checkbox"/> Ārvalsts rezidents (izņemot ASV): Latvijas rezidents <input type="checkbox"/> rezidents (norādīt valsti) Nepakļāvīga persona <input type="checkbox"/> rezidents (norādīt valsti)
8. Vai ir apstiprināta klienta rezidences vieta nodokļu vajadzībām ASV? 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 <input type="checkbox"/> Līgums, par kuru jāsniedz ziņojums <input type="checkbox"/> Līgums, par kuru nav jāsniedz ziņojums <input type="checkbox"/> Līguma noslēgšana atteikta <input type="checkbox"/>

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



APPNP\_1.12

# APLIECINĀJUMS PAR POLITISKI NOZĪMĪGU PERSONU\*

## AIZPILDA APDROŠINĀTAIS vienlaikus arī APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

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

Vārds, uzvārds

Personas kods vai  
identifikācijas numurs

1. Esmu politiski nozīmīga persona (ieņemu vai esmu ieņēmis nozīmīgu publisku amatu Latvijā vai ārvalstīs).

jā nē

Ja "jā", lūdzu, norādiet amatu un datumu, no kura ieņemat šo amatu.

2. Esmu politiski nozīmīgas personas ģimenes loceklis

jā nē

Ja "jā", lūdzu, norādiet, kuras politiski nozīmīgas personas (vārds, uzvārds) ģimenes loceklis Jūs esat.

3. Esmu ar politiski nozīmīgu personu cieši saistīta persona

jā nē

Ja "jā", lūdzu, norādiet, ar kuru politiski nozīmīgu personu (vārds, uzvārds) esat cieši saistīts un kāda veida saistība tā ir.

## 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.

Datums

(dd.mm.gggg.)

Vieta

Paraksts

Paraksta

atšifrējums

\* Terminu "politiski nozīmīga persona", "politiski nozīmīgas personas ģimenes loceklis" un "ar politiski nozīmīgu personu cieši saistīta persona" skaidrojumi atrodami NILLTFN likuma 1. panta 18., 18.1 un 18.2 punktos.

## ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

Šo sadaļu aizpilda Apdrošinātāja valdes loceklis, ja kādā no augstāk minētajiem jautājumiem Apdrošinājuma Ņēmējs atzīmējis atbildi "jā"

Darbība

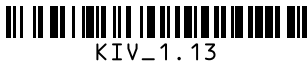
Vārds, uzvārds un amats

Paraksts

Parakstīšanas datums un vieta

Līguma noslēgšanas apstiprinājums

Līguma noslēgšanas atteikums



KIV\_1.13

## KLIENTU IZPĒTES VEIDLAPA

### AIZPILDA APDROŠINĀTAIS vienlaikus arī APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

#### Fiziskām personām:

Vārds, uzvārds

Personas kods vai  
identifikācijas numurs

#### Nerezidentiem:

Dzimšanas datums  
(dd.mm.gggg.)Pases / Personas apliecināšā  
dokumenta numursIzdošanas datums  
(dd.mm.gggg.)

Izdevējvalsts

Izdevējvalsts

#### Juridiskām personām:

Nosaukums

Reģistrācijas numurs

Juridiskās personas patiesais labuma guvējs

### INFORMĀCIJA PAR SAIMNIECISKO VAI PERSONISKO DARBĪBU

Saimnieciskā vai personiskā darbība tiek veikta ārpus Latvijas Republikas:

jā nē

#### Ienākumu gūšanas veids:

Saimnieciskās darbības veicējs  
(pašnodarbinātais, komersants utml.)

Algots darbinieks

Darba vietas nosaukums

#### Klienta darbības sfēra

azartspēļu organizēšana

inkasācijas pakalpojumu sniegšana

starpniecība darījumos ar nekustamajiem īpašumiem

tirdzniecība ar dārgmetāliem un dārgakmeņiem

tirdzniecība ar ieročiem vai munīciju

pārproģināšanas 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;

naudas pakalpojumu sniegšana (piemēram, norēķinu kases, valūtas maiņas punkti, naudas pārskaitījumu aģenti vai citi pakalpojumu sniedzēji, kas piedāvā naudas pārskaitījumu iespējas)

citi (norādīt)

### INFORMĀCIJA PAR DARĪJUMĀ IZMANTOTO NAUDAS LĪDZEKĻU IZCELSMI

Darba alga (vidēji mēnesī pēc nodokļu nomaksas - neto)

zem 1000 EUR

1000 līdz 2500 EUR

2501 līdz 4000 EUR

4001 līdz 5000 EUR

virs 5000 EUR

Komercdarbība

(norādīt komercdarbības jomu un veidu)

Dividendes

Periodiski ienākumi no citiem avotiem

(norādīt ienākuma avotu, apmēru, regularitāti)

Citi ienākumi

(norādīt ienākumu avotu, apmēru, regularitāti)



Informācija par darījumu attiecībām (dzīvības apdrošināšanas līguma noslēgšanas mērķis):

## APLIECINĀJUMI UN PARAKSTI

Atbilstoši "Noziedzīgi iegūtu līdzekļu legalizācijas un terorisma 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.

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.

Datums

(dd.mm.gggg.)

Paraksts

Paraksta

atšifrējums

## ŠO SADAĻU AIZPILDA APDROŠINĀTĀJS

**Darījuma kopējā plānoto iemaksu (prēmiju) summa**

Darījuma plānoto iemaksu (prēmiju) summa gadā

**Darījumam piemērota vienkāršota izpēte** jā nē

**Darījums ir atzīstams par neparastu vai aizdomīgu** jā nē

**Ir nepieciešams atturēties no darījuma veikšanas** jā nē

Datums

(dd.mm.gggg.)

Darbinieka

vārds, uzvārds

Paraksts