

# Заявление

## на выплату накопления

- окончание срока действия договора  
 досрочное расторжение договора

Заполняя форму, отметьте свой выбор

№ договора: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (место и дата)

Заявитель \_\_\_\_\_  
(имя, фамилия)

- Страхователь  
 Выгодоприобретатель

Персональный код \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Место рождения (страна) \_\_\_\_\_

Заполняет нерезидент \_\_\_\_\_  
(дата рождения) (удостоверяющий личность документ – номер, дата выдачи, страна и учреждение, выдавшие документ)

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ Эл. почта \_\_\_\_\_  хочу получать информацию по эл. почте

Являетесь ли Вы налоговым резидентом Латвийской Республики (ЛР)?

- Да  Нет

Являетесь ли Вы гражданином/резидентом Соединенных Штатов Америки (США), обязанным платить налоги в США?

- Нет  Да (если ответ «Да», Вы должны подать форму W-9)

Являетесь ли Вы налоговым резидентом другой/других стран (кроме Латвии и США)?

- Нет  Да \_\_\_\_\_  
(название страны) (№ налогоплательщика)  
\_\_\_\_\_ (название страны) (№ налогоплательщика)

Заполнять только в случае досрочного расторжения договора

Я хочу расторгнуть договор, потому что \_\_\_\_\_

Прошу выплатить страховое возмещение/откупную сумму перечислением на мой расчетный счет:

Название банка \_\_\_\_\_ № счета \_\_\_\_\_

Подтверждаю, что вся указанная мной в настоящем заявлении информация является полной и достоверной, и понимаю, что в случае предоставления ложных сведений я несу ответственность в соответствии с законодательством Латвийской Республики. Разрешаю САО «CBL Life», рег. № 40003786859 (далее также - Страховщик) обрабатывать и использовать мои персональные данные, в том числе чувствительные персональные данные (управляющий системой обработки персональных данных – САО «CBL Life», рег. №40003786859, юридический адрес: площадь Републикас, 2А, Рига, оператор – АО «Citadele banka», рег. № 40103303559, юридический адрес: площадь Републикас, 2А, Рига, и другие операторы, зарегистрированные в установленном законодательством Латвийской Республики порядке) с целью обеспечения выполнения договора страхования. Я информирован/-а, что с сумм, выплачиваемых Страховщиком согласно Договору, удерживаются все налоги и пошлины, которые Страховщик обязан удерживать в соответствии с законодательными актами, действующими в Латвийской Республике на момент выплаты.

Заявление подал/-а: \_\_\_\_\_  
(имя, фамилия) (подпись)

Заявление принял представитель Страховщика:

\_\_\_\_\_ (имя, фамилия представителя Страховщика) (подпись) (дата)

