

Заявление за изплащане на застрахователна сума по застраховка „ЖИВОТ“/ФИНАНСОВО – ОСИГУРИТЕЛЕН ПЛАН

Име:	ЕГН/ЕИК:	
Адрес:		
Място на раждане/град, държава, - за физ. лица/ Държава по регистрация и място на извършване на стопанската дейност - за ЮЛ и ЕТ:		
Телефон:	Имейл:	Гражданство:
Заявявам, че желая да получа застрахователната сума, натрупана по полица №:		

Прилагам следните документи:
(Моля, отбележете с X)

- Оригинал на застрахователна полица и добавъци
 Копие на лична карта
 Списъци със застраховани лица (само при едногодишна и/или групова застраховка „Живот“)

Желя сумата да ми бъде изплатена

- По банковите сметки на ползващите се лица, съгласно приложен списък (само при едногодишна и/или групова застраховка „Живот“)
- по банкова сметка IBAN

Декларирам, че съм/не съм ползвал данъчни облекчения съгласно разпоредбата на чл. 19, ал. 1 и 2, във връзка с чл. 42, ал. 3, т. 2 от Закона за данъците върху доходите на физическите лица.

(излишното се зачертава, като в случай че не е извършено отбелязване, се приема, че лицето е ползвало данъчни облекчения)

Информация във връзка с прилагането на FATCA споразумение за физически лица.

За физически лица: Имате ли/имали ли сте американско гражданство, притежавате ли/притежавали ли сте зелена карта, имате ли/имали ли сте американски документ за самоличност, както и адрес, телефонен номер в САЩ, имате ли/имали ли сте документ за временно пребиваване в САЩ за поне 6 месеца? ДА НЕ При отговор ДА, моля пояснете:

--

Имате ли/Имали ли сте друго гражданство освен горепосоченото? ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	
Ако отговорът е ДА, моля посочете какво:	
Посочете в коя държава/и сте данъчно задължено лице:	
В случай, че сте данъчно задължено лице в повече от една държава или имате гражданство, различно от българското, моля попълнете информация за всяка държава поотделно (държава, селище, квартал, улица, №, етаж, ап., пощенски код, данъчен ид. номер):	
1.	Дан. номер:
2.	Дан. номер:

За юридически лица: В случай на необходимост от информация във връзка с прилагането на FATCA споразумение за юридически лица, моля, попълнете декларация за юридически лица по образец на застрахователя.

Декларирам, че съм уведомен относно възможността информацията по чл. 142б, ал. 1 от ДОПК, съдържаща мои лични данни, наличност или стойност по сметката, както и реализираните по сметката доходи, да бъде обект на автоматичен обмен на финансова информация съгласно глава шестнадесета, раздел IIIа на ДОПК и да бъде предоставена на юрисдикцията/ите, на която/ито съм местно лице за данъчни цели, в изпълнение на международните ангажименти на Република България.

Задължавам се своевременно да информирам Застрахователя в случай на промяна в обстоятелствата.

Дата: _____

_____ (подпис на заявителя)