

**FORMULARZ ZWROTU,
WYPŁATY LUB TRANSFERU
Z INDYWIDUALNEGO KONTA
ZABEZPIECZENIA EMERYTALNEGO**



NUMER POLISY

DANE UBEZPIEZAJĄCEGO / INFORMACJE OBOWIĄZKOWE

NAZWISKO/NAZWA FIRMY

IMIĘ PESEL / DATA URODZENIA KRAJ URODZENIA

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI DATA WAŻNOŚCI DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI KRS LUB REGON FIRMY (JAK JEST UBEZPIEZAJĄCYM)

DDMMRRRR

ADRES ZAMIESZKANIA/NAZWA ULICY NUMER DOMU NUMER MIESZKANIA

KOD POCZTOWY POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ KRAJ

ADRES E-MAIL (PROSIMY WPISAĆ CZYTELNI Drukowanymi literami) NUMER TELEFONU

OBYWATELSTWO (PROSIMY WPISAĆ WSZYSTKIE AKTUALNIE POSIADANE OBYWATELSTWA)

ADRES KORESPONDENCYJNY, prosimy wpisać jak jest inny niż zamieszkania/NAZWA ULICY NUMER DOMU NUMER MIESZKANIA

KOD POCZTOWY POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ KRAJ

UWAGA! W przypadku wypełnienia formularza bez obecności przedstawiciela ALLIANZ wymagana kopia dowodu osobistego. Brak dowodu osobistego uniemożliwi nam dokonanie wypłaty z polisy.

CZY KLIENT JEST PODATNIKIEM USA?*** TAK NIE

NUMER NIP/TIN:

KRAJ REZYDENCJI PODATKOWEJ*	NUMER TIN/NIP**	POWÓD NIEPODANIA NUMERU TIN/NIP (POWÓD: A, B, C)	PRZYCZYNA (PROSZĘ WSKAZAĆ, JEŚLI WYBRANO POWÓD B)

Powody niepodania TIN/NIP:

- Powód A Kraj, w którym jestem zobowiązany(-a) płacić podatki, nie wydaje NIP/TIN dla swoich rezydentów,
- Powód B Nie jestem w stanie uzyskać numeru NIP/TIN lub jego funkcjonalnego ekwiwalentu z innych przyczyn (Jeśli wybrali Państwo ten powód, proszę wyjaśnić w tabeli powyżej w przeznaczonym na to polu, dlaczego nie są Państwo w stanie uzyskać numeru NIP/TIN),
- Powód C Numer NIP/TIN nie jest wymagany (Uwaga: tę opcję można wybrać tylko wtedy, gdy organy kraju rezydencji podatkowej wpisanego powyżej nie wymagają ujawniania numeru NIP/TIN).

* Prosimy o wskazanie Pana/i rezydencji podatkowej (kraju opłacania podatków od dochodów osobistych) – dwuliterowy kod kraju, w przypadku posiadania kilku rezydencji podatkowych prosimy o wskazanie ich wszystkich. W przypadku osób fizycznych, które wskażą rezydencję podatkową inną niż Polska należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. Statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dla osoby fizycznej. W przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. Statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) oraz Common Reporting Standard (CRS)

** Podanie numeru NIP/TIN wymagane w sytuacji posiadania rezydencji podatkowej innej niż Polska.

*** Na podstawie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełnienia międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA każdy klient TU Allianz Życie Polska SA zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w zakresie statusu podatnika Stanów Zjednoczonych Ameryki.

Proszę o wybranie odpowiedniej odpowiedzi. W przypadku osób fizycznych, które wskażą, iż są podatnikiem Stanów Zjednoczonych Ameryki należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dla osoby fizycznej. W przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, które wskażą iż są podatnikami Stanów Zjednoczonych Ameryki należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) oraz Common Reporting Standard (CRS) dla osób prawnych. Definicja podatnika USA powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code) wedle którego podatnikiem USA jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej:

- 1) posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa)
- 2) uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta)
- 3) dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA
- 4) przebywała w USA przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w USA w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla liczby dni pobytu w roku bieżącym, 1/3 dla dni pobytu w roku poprzednim i 1/6 dla dni pobytu dwa lata wstecz co oznacza, że:
 - 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu
 - 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu
 - 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu

SPOSÓB WYPŁATY

PRZELEW NA RACHUNEK BANKOWY

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

W PRZYPADKU KIEDY WŁAŚCIELEM RACHUNKU BANKOWEGO NIE JEST UBEZPIECZAJĄCY, OBOWIĄZKOWO NALEŻY WYPEŁNIĆ PONIŻSZE DANE (IMIĘ I NAZWISKO, PESEL/NAZWA INSTYTUCJI DO KTÓREJ DOKONUJEMY TRANSFER)

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCIELA/NAZWA INSTYTUCJI

PESEL

zwrot środków zgromadzonych na IKZE

Oświadczam, że zapoznałem się z niżej przedstawionymi konsekwencjami zwrotu:

Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych kwoty uzyskane z tytułu zwrotu z indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego stanowią przychody z innych źródeł.

Towarzystwo sporządzi i przekaże odpowiednią informację w terminach i na zasadach określonych w przepisach powołanej ustawy.

URZĄD SKARBOWY właściwy dla podatnika

NAZWA URZĘDU SKARBOWEGO

ADRES URZĘDU SKARBOWEGO

wypłaty środków zgromadzonych na IKZE – z tytułu ukończenia 65 roku życia i dokonywaniu wpłat co najmniej w 5 latach kalendarzowych, w formie:

jednorazowo

w ratach

Oświadczam, że zapoznałem się z niżej przedstawionymi konsekwencjami wypłaty:

Zgodnie z art. 30 ust. 1 pkt 14 w zw. z art. 41 ust. 4 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych od kwoty wypłat z indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego, w tym wypłat na rzecz osoby uprawnionej na wypadek śmierci oszczędzającego dokonanych na podstawie art. 34a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, jest pobierany podatek w wysokości 10% przychodu. Podatek jest pobierany bez pomniejszania o koszty uzyskania przychodu.

URZĄD SKARBOWY właściwy dla podatnika

NAZWA URZĘDU SKARBOWEGO

ADRES URZĘDU SKARBOWEGO

wypłaty transferowej środków zgromadzonych na rachunku IKZE do innej instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKZE.

Uwaga: W przypadku wypłaty transferowej, zawsze należy dołączyć potwierdzenie zawarcia umowy IKZE z inną instytucją finansową lub potwierdzenie przystąpienia do programu emerytalnego, zawierające numer konta, na który należy dokonać wypłaty transferowej. W przypadku niedostarczenia tego dokumentu razem z niniejszym wnioskiem wypłata transferowa nie zostanie zrealizowana.

DATA PODPISANIA

PODPISY UBEZPIECZAJĄCEGO

PEŁNY PODPIS

– POLE OBOWIĄZKOWE

FORMA SKRÓCONA (PARAFKA)

– POLE OBOWIĄZKOWE

IDENTYFIKACJA UBEZPIECZAJĄCEGO (WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL ALLIANZ)

Potwierdzam, że powyższe podpisy zostały złożone osobiście przez Ubezpieczającego/ osoby reprezentujące Ubezpieczającego w mojej obecności w potwierdzeniu jego/ ich tożsamości na podstawie wskazanych dokumentów. Zweryfikowałem/am tożsamość Ubezpieczającego.

TYP DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

D D M M R R R R

NUMER, PODPIS, PIECZĘĆ PRZEDSTAWICIELA ALLIANZ

Uwaga: Jeśli wniosek został wypełniony bez udziału Przedstawiciela Allianz należy dołączyć kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.

WAŻNE

1. Druk należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, niebieskim lub czarnym długopisem. Każdą literę i znak należy wpisać do oddzielnego pola.
2. Błędną informację na wniosku należy przekreślić ciągłą linią, wpisując obok poprawną.
3. Wniosek jest nieważny jeżeli zawiera poprawki niepotwierdzone podpisem Ubezpieczającego.
4. Obowiązkowo należy załączyć kopię dowodu osobistego, jeżeli wniosek nie był spisany w obecności przedstawiciela Allianz