

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
Z TYTUŁU DOŻYCIA DO KOŃCA
TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA**



NUMER POLISY

DANE UBEZPIECZONEGO / INFORMACJE OBOWIĄZKOWE

NAZWISKO/NAZWA FIRMY

IMIĘ

PESEL / DATA URODZENIA

KRAJ URODZENIA

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DATA WAŻNOŚCI DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DDMMRRRR

ADRES ZAMIESZKANIA/NAZWA ULICY

NUMER DOMU

NUMER MIESZKANIA

KOD POCZTOWY

POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ

KRAJ

ADRES E-MAIL (PROSIMY WPISAĆ CZYTELNICIE 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.

URZĄD SKARBOWY właściwy dla podatnika

NAZWA URZĘDU SKARBOWEGO

ADRES URZĘDU SKARBOWEGO

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 (PROSZE 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 wskazują 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 wskazują, 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 wskazują 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

DANE UBEZPIECZONEGO DZIECKA (DOTYCZY EDA,ULC,IP,ABSOLWENT) / INFORMACJE OBOWIĄZKOWE

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL / DATA URODZENIA

KRAJ URODZENIA

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DATA WAŻNOŚCI DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ADRES ZAMIESZKANIA/NAZWA ULICY

NUMER DOMU

NUMER MIESZKANIA

KOD POCZTOWY

POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ

KRAJ

ADRES E-MAIL (PROSIMY WPISAĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

NUMER TELEFONU

OBYWATELSTWO (PROSIMY WPISAĆ WSZYSTKIE AKTUALNIE POSIADANE OBYWATELSTWA)

UWAGA! W przypadku wypełnienia formularza bez obecności przedstawiciela ALLIANZ wymagana kopia dowodu osobistego. Brak dowodu osobistego uniemożliwi nam dokonanie wypłaty z polisy.**REZYDENCJA PODATKOWA/INFORMACJE OBOWIĄZKOWE. NIEWYBRANIE ŻADNEJ Z OPCJI BĘDZIE TRAKTOWANE JAKO WYBÓR „REZYDENT PODATKOWY W POLSCE”, Z CZYM WIĄŻĄ SIĘ OKREŚLONE KONSEKWENCJE PODATKOWE**OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM REZYDENTEM PODATKOWYM¹: W POLSCE W (PROSZĘ WPISAĆ NAZWĘ PAŃSTWA)

W przypadku rezydentów podatkowych w innym państwie niż Polska należy podać następujące dane::

PROSZĘ WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU REZYDENCJI PODATKOWEJ W INNYM KRAJU NIŻ POLSKA

IMIĘ MATKI

IMIĘ OJCA

DATA URODZENIA

MIEJSCE URODZENIA

NUMER IDENTYFIKACYJNY PODATNIKA (NALEŻY Podać NUMER SŁUŻĄCY IDENTYFIKACJI DLA CELÓW PODATKOWYCH LUB UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH UZYSKANY W PAŃSTWIE, W KTÓRYM PODATNIK MA MIEJSCE ZAMIESZKANIA. W PRZYPADKU BRAKU TAKIEGO NUMERU NALEŻY Podać NUMER POSIADANEGO DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ UZYSKANY W TYM PAŃSTWIE)

RODZAJ NUMERU IDENTYFIKACYJNEGO
(DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ)KRAJ WYDANIA NUMERU IDENTYFIKACYJNEGO
(DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ)

ADRES ZAMIESZKANIA W KRAJU REZYDENCJI PODATKOWEJ – ULICA

NUMER DOMU

NUMER MIESZKANIA

KOD POCZTOWY

POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ

KRAJ

¹ W przypadku rezydentów podatkowych w innym państwie niż Polska prosimy o załączenie do niniejszego wniosku oryginał certyfikatu rezydencji, który będzie warunkiem do zastosowania odpowiedniej umowy o unikaniu podwójnego opodatkowania, a w szczególności może być on podstawą do stwierdzenia braku obowiązku zapłaty podatku w Polsce z tytułu uzyskanego dochodu.

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia do końca trwania umowy.

SPOSÓB WYPŁATY PRZELEW NA RACHUNEK BANKOWY

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

WŁAŚCICIEL RACHUNKU

 PRZENIESIENIE NA POLISĘ / WNIOSEK NR

TYTUŁEM:

 SKŁADKI REGULARNEJ W KWOCIE

Zł

 SKŁADKI DORAŻNEJ W KWOCIE

Zł

DATA PODPISANIA

DDMMRRRR

PODPIS UBEZPIECZONEGO

PODPIS UBEZPIECZONEGO DZIECKA

PEŁNY PODPIS
– POLE OBOWIĄZKOWE

IDENTYFIKACJA UBEZPIECZONEGO/ UBEZPIECZONEGO DZIECKA (WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL ALLIANZ)

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

TYP DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

TYP DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DATA

DDMMRRRR

MIEJSCOWOŚĆ

NUMER, PODPIS, PIECZĘĆ PRZEDSTAWICIELA ALLIANZ

Do wniosku dołączyć:

- w przypadku cesji na bank – oryginał oświadczenia banku o wygaśnięciu cesji praw z umowy ubezpieczenia.

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 Ubezpieczonego.
4. Obowiązkowo należy załączyć kopię dowodu osobistego, jeżeli wniosek nie był spisany w obecności przedstawiciela Allianz