

Wniosek o wykup w grupowym ubezpieczeniu na życie lub PPE

Dotyczy: Polisy nr /

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (PRACODAWCY) Nazwa lub pieczęć Pracodawcy

Dane Ubezpieczonego (Pracownika/Uczestnika)

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL Data urodzenia (d-m-r) Miejscowość urodzenia

Obywatelstwo/-a Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości Seria nr dok. tożsamości

Oświadczenia dot. rezydencji podatkowej* *Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

Czy klient jest podatnikiem USA? tak nie
 Czy klient jest podatnikiem polskim? tak nie
 Posiadam inną rezydencję podatkową (poza Polska i USA) tak nie

W przypadku posiadania rezydencji podatkowej innej niż Polska, prosimy o uzupełnienie poniższej tabeli.

Kraj rezydencji podatkowej (dwuliterowy kod kraju) (należy wypełnić w przypadku posiadania innej rezydencji niż Polska)	Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN)	Kraj rezydencji nie nadaje TIN	Nie jestem w stanie uzyskać numeru NIP/TIN lub jego funkcjonalnego ekwiwalentu z innych przyczyn (proszę podać powód)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	

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

W przypadku osób fizycznych, które wskażą, iż są podatnikiem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub 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, które wskażą iż są podatnikami Stanów Zjednoczonych Ameryki lub podatnikami innych państw niż Polska należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) oraz Common Reporting Standard (CRS). 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

Zobowiązuję się poinformować raportującą TU Allianz Życie Polska S.A. o jakiegokolwiek zmianie okoliczności, która ma wpływ na rezydencję podatkową lub powoduje, że informacje zawarte w złożonym oświadczeniu stają się nieprawne, w terminie 14 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności oraz złożyć raportującą instytucji finansowej odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od tego dnia.

Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr lokalu
 Miejscowość Kod pocztowy - Poczta
 Tel. stacjonarny Tel. kom. E-mail

Rodzaj wykupu Wykup całkowity Wykup częściowy (nie dotyczy PPE)

- A – rachunek podstawowy finansowany przez Ubezpieczającego (Pracodawcę)
 B – rachunek dodatkowy finansowany przez Ubezpieczonego (Pracownika/Uczestnika)

By wypłacić środki z rachunku A wymagane są:
 – w przypadku grupowego ubezpieczenia na życie – pisemna zgoda Pracodawcy,
 – w przypadku PPE – pisemne oświadczenie woli Uczestnika do Pracodawcy lub złożenie ww. dyspozycji za pośrednictwem Pracodawcy.

Nazwa funduszu	Kwota wykupu częściowego w zł z rachunku A	Kwota wykupu częściowego w zł z rachunku B	Nazwa funduszu	Kwota wykupu częściowego w zł z rachunku A	Kwota wykupu częściowego w zł z rachunku B
Gwarantowany	<input type="text"/> zł	<input type="text"/> zł	Akcji Małych i Średnich Spółek	<input type="text"/> zł	<input type="text"/> zł
Obligacji	<input type="text"/> zł	<input type="text"/> zł	Polskich Obligacji Skarbowych	<input type="text"/> zł	<input type="text"/> zł
Stabilnego Wzrostu	<input type="text"/> zł	<input type="text"/> zł	Selektywny	<input type="text"/> zł	<input type="text"/> zł
Aktywnej Alokacji	<input type="text"/> zł	<input type="text"/> zł	Pięiężny	<input type="text"/> zł	<input type="text"/> zł
Dynamiczny	<input type="text"/> zł	<input type="text"/> zł			
Akcji Plus	<input type="text"/> zł	<input type="text"/> zł			



Forma wypłaty (Allianz rekomendujemy wymienione formy wypłaty ze względu na szybkość terminów realizacji oraz bezpieczeństwo dostarczenia środków. Niemniej jednak może dokonać wypłaty również w formie przekazu pocztowego).

przelew na rachunek bankowy

Właściciel rachunku

Numer rachunku

przeniesienie na polisę nr

/ wniosek nr

tytułem

W przypadku wykupu z PPE prosimy wpisać dane dotyczące ZUS (Nazwa oddziału ZUS właściwego ze względu na adres zamieszkania Ubezpieczonego).

Oświadczenie Ubezpieczonego (Pracownika / Uczestnika)

Oświadczam, że znane mi są konsekwencje wykupu z ubezpieczenia/zwrotu środków zgromadzonych w ramach PPE, określone w umowie ubezpieczenia.

Przyjmuję do wiadomości, że informacje znajdujące się w niniejszym formularzu oraz informacje dotyczące posiadacza rachunku i wszystkich rachunków raportowanych mogą zostać przekazane do właściwych organów podatkowych państwa, w którym rachunki są prowadzone oraz wymieniane z organami podatkowymi innego państwa lub państw, gdzie posiadacz rachunku może być rezydentem podatkowym na mocy międzyrządowych porozumień w zakresie wymiany informacji o rachunkach finansowych.

Klauzula informacyjna (TUnZ/KI/NT/T/001/1.0)

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku dotyczącego przechowywania dokumentów księgowych, dokumentów wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. (TUnZ/KI/NT/Z/001/2.0)

Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUnZ/KI/NT/Z/019/1.0)

Administrator wyznaczy inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUnZ/KI/NT/Z/020/1.0)

Podanie przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu: (TUnZ/KI/NT/T/002/2.0)

- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/006/2.0)
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUnZ/KI/NT/Z/011/2.0)
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (TUnZ/KI/NT/Z/022/1.0)
- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUnZ/KI/NT/Z/023/1.0)
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUnZ/KI/NT/Z/024/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisję Europejską za zapewniającą odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczy. Kopia standardowych klauzul umownych ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrów telefonicznych, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym także podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUnZ/KI/NT/Z/040/1.0)

Przysługuje Pani/Panu prawo do: (TUnZ/KI/NT/Z/003/1.0)

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUnZ/KI/NT/Z/035/1.0)
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania (TUnZ/KI/NT/Z/015/2.0)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUnZ/KI/NT/Z/017/2.0)
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem (TUnZ/KI/NT/Z/036/1.0)
- przeniesienia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przelać innemu administratorowi danych (TUnZ/KI/NT/Z/037/1.0)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUnZ/KI/NT/Z/038/1.0)

Zgoda klienta na elektroniczną obsługę umowy ubezpieczenia (TUnZ/ZO/NT/T/001/2.0)

Chcę, aby moja umowa ubezpieczenia była obsługiwana elektronicznie, dlatego zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną (przez e-mail, SMS/MMS, internetowe konto klienckie): (TUnZ/ZO/NT/T/002/1.0)

- powiadomień o zbliżającym się terminie płatności składki (TUnZ/ZO/NT/Z/004/1.0)
- informacji o każdorazowej zmianie doręzonego Dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie wraz z załącznikami (TUnZ/ZO/NT/Z/011/2.0)

Zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną oraz telefonicznie, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, informacji, o których mowa w art. 20 ust. 2-4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej dotyczących: (TUnZ/ZO/NT/T/004/2.0)

- propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy (TUnZ/ZO/NT/Z/009/2.0)
- wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, wartości wykupu ubezpieczenia, wartości premii oraz zmianach w zakresie sumy ubezpieczenia (w zakresie, w jakim ma zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia) (TUnZ/ZO/NT/Z/010/2.0)

Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną (TUnZ/ZM/NT/T/001/1.0)

Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez: (TUnZ/ZM/NT/T/004/2.0)

- wiadomości e-mail (TUnZ/ZM/NT/Z/003/1.0)
- wiadomości sms/mms (TUnZ/ZM/NT/Z/004/1.0)
- telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUnZ/ZM/NT/Z/005/2.0)

W celu przedstawienia mi kompleksowo dopasowanych informacji, w tym o produktach, usługach, promocjach, konkursach i zniżkach, zgadzam się na: (TUnZ/ZM/NT/T/002/2.0)

- marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zakończeniu umowy (TUnZ/ZM/NT/Z/001/2.0)
- automatyczne podejmowanie decyzji, w tym profilowanie dla określenia moich preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia mi przygotowanej na tej podstawie oferty (TUnZ/ZM/NT/Z/002/2.0)
- udostępnienie moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nalogach (o ile zostały pozyskane) następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechnemu Towarzystwu Emerytalnemu Allianz Polska S.A. oraz funduszom przez niego zarządzanym, Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services Sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę (TUnZ/ZM/NT/Z/008/2.0)

Miejscowość

Data (d-m-r)

Czytelny podpis Ubezpieczonego (Pracownika/Uczestnika)

Oświadczenie Ubezpieczającego (Pracodawcy) – dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie

Wyrażam zgodę na wykup środków z rachunku A.

Miejscowość

Data (d-m-r)

Podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego (Pracodawcy)

Do poniższego wniosku należy załączyć kopię dowodu osobistego lub paszportu (w przypadku obcokrajowców) Ubezpieczonego/Uczestnika poświadczoną za zgodność z oryginałem przez: pracownika instytucji wystawiającej dany dokument, notariusza, uprawnione osoby wskazane przez Allianz, osobę obsługującą polisę u Ubezpieczającego lub pracownika działu kadr, kadry kierowniczej czy księgowości Ubezpieczającego.