

# Wniosek o wykup lub wypłatę z rachunku zysków z polisy KAP

Dotyczy: polis/y nr \_\_\_\_\_

## Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy \_\_\_\_\_

Nazwisko/nazwa firmy cd. \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_

Kraj urodzenia \_\_\_\_\_ Miejscowość urodzenia \_\_\_\_\_

Typ dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Nr dok. tożsamości \_\_\_\_\_

Obywatelstwo/-a \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_

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 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 wypełniania 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 podatnikiem 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

## Adres korespondencyjny

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Tel. stacjonarny \_\_\_\_\_ Tel. kom. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

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.

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia proszę o wypłatę:

<input type="checkbox"/> <b>środków zgromadzonych na rachunku zysków</b> <input type="checkbox"/> całość rachunku zysków <input type="checkbox"/> w kwocie _____ zł <input type="checkbox"/> _____ % wartości rachunku zysków <input type="checkbox"/> całość rachunku zysków Proszę o wycofanie jednostek: <input type="checkbox"/> proporcjonalnie do wartości środków zgromadzonych na rachunku zysków <input type="checkbox"/> z rachunku zysków w poniższej kolejności: 1. Fundusz _____ 4. Fundusz _____ 2. Fundusz _____ 5. Fundusz _____ 3. Fundusz _____ 6. Fundusz _____ Przyjmuję do wiadomości, że w związku z wypłatą środków zgromadzonych na rachunku zysków zawarta przeze mnie umowa pozostanie aktywna.	<input type="checkbox"/> <b>wartości wykupu polisy wraz ze środkami zgromadzonymi na rachunku zysków</b> Powód rezygnacji _____ _____ _____ _____ Przyjmuję do wiadomości, że w związku z wypłatą wartości wykupu zawarta przeze mnie umowa (w tym umowy dodatkowe) wygaśnie, a wraz z nią wszelkie zobowiązania stron.
--	---



**Identyfikacja Ubezpieczającego** (Wypełnia Przedstawiciel Allianz)

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

Typ dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Nr dok. tożsamości | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | \_\_\_\_\_ | | | | | \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Numer, podpis i pieczęć Przedstawiciela Allianz \_\_\_\_\_

**Do wniosku należy dołączyć:**  
– w przypadku cesji na bank – oryginał oświadczenia banku o wygaśnięciu cesji praw z umowy ubezpieczenia.

**Uwaga!!**  
**Jeśli wniosek został wypełniony bez udziału Przedstawiciela Allianz należy do niego dołączyć również:**  
– kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza.

**Dokument zawierający kluczowe informacje z załącznikami**  
Na stronie [www.allianz.pl/KID](http://www.allianz.pl/KID) znajduje się aktualna wersja Dokumentu zawierającego kluczowe informacje wraz z załącznikami do tego dokumentu oraz informacje na temat wyników osiągniętych w przeszłości w tym produkcie (dotyczy umów zawartych od 1.01.2018).