

Wniosek o przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia w przypadku zgonu Ubezpieczającego

Do wniosku należy dołączyć kopię orzeczenia z sądu o nabyciu spadku.

Dotyczy: polisy nr

Spadkobierca Ubezpieczającego

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

PESEL REGON

Typ dokumentu tożsamości Nr dok. tożsamości

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

Nowy Ubezpieczający

Typ podmiotu

- osoba fizyczna
 osoba prawna
 jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej
 (w przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk zawierający dane osoby reprezentującej podmiot lub daną osobę fizyczną)

Płeć K M Stan cywilny panna/kawaler zamężna/żonaty rozwiedziona/rozwiedziony wdowa/wdowiec

Wykształcenie podstawowe zawodowe średnie wyższe

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

PESEL Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia/kraj założenia

Miejscowość urodzenia

Typ dokumentu tożsamości Nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a REGON

PKD wiodąca

KRS/RHB Liczba zatrudnionych osób

Obrót roczny w ostatnim roku obrotowym: do 3 mln do 40 mln pow. 40 mln

Adres zameldowania/ siedziby firmy

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

Tel. stacjonarny Tel. kom.

E-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania/ siedziby)

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

Oświadczenie Spadkobiercy Ubezpieczającego

Proszę o zmianę Ubezpieczającego w ww. umowie ubezpieczenia i oświadczam, że zrzekam się praw do niej

z dniem roku.

Data

Miejscowość

Podpis Spadkobiercy Ubezpieczającego zgodny ze wzorem w załączonym dokumencie tożsamości
 (W przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej lub reprezentanta.)

Oświadczenie Nowego Ubezpieczającego

Numer NIP/TIN:

Kraj rezydencji podatkowej *	Numer NIP/TIN **	Powód niepodania numeru NIP/TIN (Powód: A, B, C)	Przyczyna (proszę wskazać, jeśli wybrano powód B)

* 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

Powody niepodania NIP/TIN:

- 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).

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 niepoprawne, w terminie 14 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności oraz złożyć raportującej instytucji finansowej odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od tego dnia.

Czy Klient jest podatnikiem USA?***

TAK NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*** 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 S.A. 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 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). 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

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Informuję, iż zapoznałem się z warunkami na jakich została zawarta ww. umowa ubezpieczenia, w tym z ogólnymi warunkami ubezpieczenia obowiązującymi w dniu jej zawarcia oraz, że przejmuję na siebie obowiązek opłacania kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Jednocześnie oświadczam, że z dniem [] [] [] [] [] roku przejmuję prawa wynikające z zawarcia ww. umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie.

Klauzula informacyjna:

(wersja dla ubezpieczającego)

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu oceny ryzyka i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia oraz późniejszej obsługi i wykonania umowy, w celu reasekuracji ryzyk, w celu analitycznym, statystycznym, archiwalnym oraz w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług, w tym profilowania na potrzeby przedstawienia Pani/Panu zindywidualizowanej oferty. Dane o stanie zdrowia i nalogach będą przetwarzane przez ww. Administratora w celu opisanym w poprzednim zdaniu, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania, oraz, w przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych prawo wniesienia skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Państwa dane w związku z zawartą umową będą przetwarzane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń związanych z niniejszą umową.

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.

Zgoda marketingowa:

- Wyrażam zgodę na wszystkie poniżej wskazane cele przetwarzania danych (ma Pani/Pan prawo wyboru pomiędzy wyrażeniem zgody na wszystkie wskazane poniżej cele przetwarzania danych lub tylko niektóre ze wskazanych):
- W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana poniższej zgody na przetwarzanie danych Pani/Pana dane (za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nalogach) oraz dane pozyskane w przyszłości będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora)

- a także, za Pani/Pana zgodą, udostępniane następującym podmiotom: Towarzystwo 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 następujących celach:
- marketingu produktów lub usług
 - profilowania na potrzeby przygotowania zindywidualizowanej oferty
 - wysyłania informacji handlowych za pomocą następujących środków komunikacji elektronicznej:
 - e-mail
 - telefon oraz automatyczne systemy wywołujące
 - sms

Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, prawo żądania zaprzestania, ograniczenia przetwarzania danych oraz usunięcia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do każdego z wyżej wymienionych podmiotów. Cofnięcie zgody może nastąpić w każdym momencie, jednak pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Komunikacja za pomocą poczty elektronicznej:

- Wyrażam zgodę na wszystkie poniższe:**
- Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. na podany przeze mnie adres e-mail, w zakresie w jakim ma to zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia, informacji, o których mowa w art. 20 ust. 2-4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj:
- informacji o propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy
 - corocznych informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, corocznych informacji o wartości wykupu ubezpieczenia oraz o zmianach w zakresie sumy ubezpieczenia
 - corocznych informacji o wartości premii

[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Data

Miejscowość

Podpis Nowego Ubezpieczającego zgodny ze wzorem w załączonym dokumencie tożsamości

(W przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej lub reprezentanta.)

Oświadczenie Ubezpieczonego

Udzielam Nowemu Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich wcześniej ze mną uzgodnionych oświadczeń woli koniecznych do zmiany (także w zakresie sumy ubezpieczenia) umowy ubezpieczenia na życie, zawartej na moją rzecz na podstawie niniejszego wniosku.

[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym dokumentem tożsamości