

# 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/kraj założenia \_\_\_\_\_ 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<br>(Powód: A, B, C) | Przyczyna<br>(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 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><br><input type="checkbox"/> całość rachunku zysków<br><input type="checkbox"/> w kwocie _____ zł<br><input type="checkbox"/> _____ % wartości rachunku zysków<br><b>Proszę o wycofanie jednostek:</b><br><input type="checkbox"/> proporcjonalnie do wartości środków zgromadzonych na rachunku zysków<br><input type="checkbox"/> z rachunku zysków w poniższej kolejności:<br>1. Fundusz _____ 4. Fundusz _____<br>2. Fundusz _____ 5. Fundusz _____<br>3. Fundusz _____ 6. Fundusz _____<br><br>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><br>Powód rezygnacji<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>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. |
|--|---|

## Forma wypłaty

przelew na rachunek bankowy

Nr rachunku

\_\_\_\_\_

Właściciel rachunku

\_\_\_\_\_

przeniesienie na polisę / wniosek nr

\_\_\_\_\_

tytułem:  składki regularnej w kwocie

\_\_\_\_\_ zł

składki doraźnej w kwocie

\_\_\_\_\_ zł

Allianz rekomenduje wymienione formy wypłaty ze względu na szybkość termin ich realizacji oraz bezpieczeństwo dostarczenia środków. Niemniej jednak może dokonać wypłaty również w formie przekazu pocztowego.

### Klauzula informacyjna (TUuZ/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. (TUuZ/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. (TUuZ/KI/NT/Z/019/1.0)

Administrator wyznaczył 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. (TUuZ/KI/NT/Z/020/1.0)

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

– wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania umowy (TUuZ/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 konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług (TUuZ/KI/NT/Z/007/2.0)

– automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Panią/Pana wyrażona zgoda (TUuZ/KI/NT/Z/021/1.0)

– analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUuZ/KI/NT/Z/011/2.0)

– wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (TUuZ/KI/NT/Z/022/1.0)

– przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUuZ/KI/NT/Z/023/1.0)

– dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUuZ/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 zapewniające 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 dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora. (TUuZ/KI/NT/Z/018/2.0)

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Panią/Pana dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUuZ/KI/NT/Z/028/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby 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, centrum telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUuZ/KI/NT/Z/040/1.0)

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

– dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUuZ/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 (TUuZ/KI/NT/Z/015/2.0)

– wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUuZ/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 (TUuZ/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 przesłać innemu administratorowi danych (TUuZ/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. (TUuZ/KI/NT/Z/038/1.0)

**Zgoda klienta na elektroniczną obsługę umowy ubezpieczenia (TUuZ/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): (TUuZ/ZO/NT/T/002/1.0)

powiadomień o zbliżającym się terminie płatności składki (TUuZ/ZO/NT/Z/004/1.0)

informacji o każdorazowej zmianie doręczonego Dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie wraz z załącznikami (TUuZ/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:** (TUuZ/ZO/NT/T/004/2.0)

propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy (TUuZ/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) (TUuZ/ZO/NT/Z/010/2.0)

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

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

wiadomości e-mail (TUuZ/ZM/NT/Z/003/1.0)

wiadomości sms/mms (TUuZ/ZM/NT/Z/004/1.0)

telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUuZ/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:** (TUuZ/ZM/NT/T/002/2.0)

marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zakończeniu umowy (TUuZ/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 (TUuZ/ZM/NT/Z/002/2.0)

udostępnianie moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nałogach (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 (TUuZ/ZM/NT/Z/008/2.0)

\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczającego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie, na deklaracji lub 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.)

**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.