

# Wniosek dotyczący wypłaty/ zwrotu / częściowego zwrotu/ transferu z polisy IKE

Dotyczy: polisy nr \_\_\_\_\_

**Ubezpieczający (Ubezpieczony)**

Imię (imiona) \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

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

Kraj urodzenia/kraj założenia \_\_\_\_\_ Miejscowość urodzenia \_\_\_\_\_

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

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

**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="checkbox"/>	
____	_____	<input type="checkbox"/>	
____	_____	<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 podatnikiem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub podatnikiem 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 niepoprawne, 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 korespondencyjny**

Ulica \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia wnioskuję o:

**częściowy wykup/zwrot**

**częściowy wykup środków zgromadzonych na koncie swobodnego dostępu (KSD)**

- w kwocie \_\_\_\_\_ zł
- w kwocie maksymalnie możliwej
- \_\_\_\_\_ % wartości rachunku jednostek

**Proszę o wycofanie jednostek:**

- proporcjonalnie do wartości środków zgromadzonych na rachunkach jednostek
- z rachunków jednostek w poniższej kolejności:
  1. Fundusz \_\_\_\_\_
  2. Fundusz \_\_\_\_\_
  3. Fundusz \_\_\_\_\_
  4. Fundusz \_\_\_\_\_

**częściowy zwrot środków zgromadzonych na IKE\***

- w kwocie \_\_\_\_\_ zł
- w kwocie maksymalnie możliwej
- \_\_\_\_\_ % wartości rachunku jednostek

**Proszę o wycofanie jednostek:**

- proporcjonalnie do wartości środków zgromadzonych na rachunkach jednostek
- z rachunków jednostek w poniższej kolejności:
  1. Fundusz \_\_\_\_\_
  2. Fundusz \_\_\_\_\_
  3. Fundusz \_\_\_\_\_
  4. Fundusz \_\_\_\_\_

\* (w przypadku umów zawartych przed dniem 16.08.2011 r.) dyspozycja częściowego zwrotu środków zgromadzonych na IKE zostanie zrealizowana pod warunkiem podpisania Aneksu do umowy ubezpieczenia IKE dotyczącego częściowego zwrotu środków

- rozwiązanie umowy ubezpieczenia IKE specjalnie dla Ciebie** (co jest równoznaczne z wypłatą/ wypłatą transferową/ zwrotem środków zgromadzonych na IKE **wraz z całkowitym wykupem środków zgromadzonych na koncie swobodnego dostępu /KSD/**).

Oświadczam, że zapoznałem się z propozycjami umożliwiającymi kontynuowanie umowy, jak również znane mi są konsekwencje wynikające z rozwiązania umowy ubezpieczenia. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku wypłaty wartości wykupu polisy zawarta przeze mnie umowa ubezpieczenia wygaśnie.

Proszę o przekazanie środków zgromadzonych na IKE w formie (zaznaczyć jedną z trzech opcji poniżej):

- całkowity zwrot** środków zgromadzonych na IKE a **wraz z nią wypłatę środków zgromadzonych na KSD**. Wypłata z IKE i KSD zostanie zrealizowana w formie wskazanej przeze mnie w części wniosku „Forma wypłaty”.

Oświadczam, że jestem świadomy/a następujących zapisów art. 37 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego:

Ust. 3. W przypadku, gdy na IKE oszczędzającego przyjęto wypłatę transferową z programu emerytalnego, instytucja finansowa przed dokonaniem zwrotu, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego.

Ust. 7. Instytucja finansowa, w przypadku wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE przez którąkolwiek ze stron, jest obowiązana pouczyć oszczędzającego, że zwrotowi podlegają środki zgromadzone na IKE pomniejszone o należny podatek, a w przypadku, o którym mowa w ust. 3, również o kwotę stanowiącą 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego. Ponadto instytucja finansowa dokonując wypowiedzenia umowy, informuje oszczędzającego o możliwości dokonania wypłaty transferowej.

Ust. 8. W przypadku wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE przez oszczędzającego jest on obowiązany do złożenia oświadczenia o zapoznaniu się z konsekwencjami zwrotu, o których mowa w ust. 7.

W związku z powyższym potwierdzam chęć otrzymania zwrotu środków pochodzących z rozwiązania umowy IKE wraz ze wszystkimi jego konsekwencjami. Oświadczam także, że zostałem/łam poinformowany/a przez TU Allianz Życie Polska S.A. o możliwości wypłaty transferowej.

- wypłaty** środków zgromadzonych na IKE, w związku z osiągnięciem przeze mnie wieku 60 lat lub nabyciem uprawnień emerytalnych i ukończeniem 55 roku życia, oraz spełnieniem pozostałych warunków określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, w formie:

- jednorazowej       2 ratach rocznych\*       4 ratach półrocznych\*

\*Środki pozostające do wypłaty nie są oprocentowane.

a **wraz z nią wypłatę środków zgromadzonych na KSD**. Wypłata z IKE i KSD zostanie zrealizowana w formie wskazanej przez mnie w części wniosku „Forma wypłaty”.

*Uwaga: W przypadku ukończenia 55 roku życia i nie ukończenia 60 roku życia prosimy dołączyć decyzję organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury.*

- wypłaty transferowej** środków zgromadzonych na IKE do innej instytucji finansowej, z którą zawarłem/am umowę o prowadzenie IKE lub do programu emerytalnego, do którego przystąpiłem/am, a **wraz z nią wypłatę środków zgromadzonych na KSD** w formie wskazanej przez mnie w części wniosku „Forma wypłaty”.

*Uwaga: W przypadku wypłaty transferowej, zawsze należy dołączyć potwierdzenie zawarcia umowy IKE z inną instytucją finansową lub potwierdzenie przystąpienia do programu emerytalnego, zawierające numer konta, na który należy dokonać wypłaty transferowej. W przypadku niedostarczenia tego dokumentu razem z niniejszym wnioskiem wypłata transferowa nie zostanie zrealizowana.*

## 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 szybki termin ich realizacji oraz bezpieczeństwo dostarczenia środków. Niemniej jednak może dokonać wypłaty również w formie przekazu pocztowego.

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 profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu. W razie przetwarzania danych osobowych w celu profilowania w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUnZ/KI/NT/Z/042/1.0) 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 danych do wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/006/2.0)

– analitycznym oraz statystycznym, w tym 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 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. (TUnZ/KI/NT/Z/018/2.0)

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., Towarzystwa 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, centrom 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. (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 profilowania (TUnZ/KI/NT/Z/043/1.0)

– 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)

– przenoszenia 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 (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)

#### Zgody dodatkowe (TUnZ/ZD/NT/T/001/1.0)

Wyrażam dobrowolną zgodę na przesłanie mi dokumentów i informacji związanych z obsługą zgłoszonej szkody lub roszczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym telefonu i poczty elektronicznej. (TUnZ/ZD/NT/Z/008/2.0)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
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 tożsamości 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

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
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 Ubezpieczającego, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza.