

Wniosek o zmianę Ubezpieczającego i przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia

Dotyczy: polisy nr

Dotychczasowy Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy Nazwisko/nazwa firmy cd. PESEL Data urodzenia (d-m-r) Obywatelstwa Kraj urodzenia
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)Typ dokumentu tożsamości Seria i nr dok. tożsamości Data ważności dok. tożsamości (d-m-r) Forma organizacyjna NIP REGON

Adres korespondencyjny /siedziby firmy

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość Kod pocztowy – Poczta Kraj

Nowy Ubezpieczający

Typ podmiotu

☐ osoba fizyczna ☐ osoba prawna ☐ jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej☐ osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą(W przypadku osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej należy wypełnić dodatkowy druk zawierający dane osoby reprezentującej podmiot oraz oświadczenie dotyczące beneficjenta rzeczywistego. W przypadku osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą należy wypełnić druk zawierający dane osoby reprezentującej daną osobę fizyczną.)Płeć ☐ K ☐ MStan cywilny ☐ panna/kawaler ☐ zamężna/żonaty ☐ rozwiedziona/rozwiedziony ☐ wdowa/wdowiec

Wykształcenie

☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższeImię (imiona)/nazwa firmy Nazwisko/nazwa firmy cd. PESEL Data urodzenia (d-m-r) Kraj urodzenia /kraj założenia Miejscowość urodzenia Forma organizacyjna NIP Typ dokumentu tożsamości Seria i nr dok. tożsamości Data ważności dok. tożsamości (d-m-r) REGON Obywatelstwa PKD wiodąca KRS Liczba zatrudnionych osób Obrót roczny w ostatnim roku obrotowym: ☐ do 3 mln zł ☐ do 40 mln zł ☐ pow. 40 mln zł

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 Dotychczasowego Ubezpieczającego

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

z dniem roku.
Data (d-m-r) 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.)

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

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

☐ tak ☐ nie

☐ tak ☐ nie

☐ 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)
		☐	
		☐	
		☐	

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.

Oświadczenie Ubezpieczającego dot. statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (PEP)*, członków rodziny PEP** oraz bliskich współpracowników PEP***

☐ Oświadczam, że nie posiadam statusu PEP, tj. nie zajmuję eksponowanego stanowiska politycznego, nie jestem członkiem rodziny PEP i nie jestem bliskim współpracownikiem PEP.

☐ Oświadczam, że posiadam status PEP, tj. zajmuję eksponowane stanowisko polityczne.

Stanowisko: _____

☐ Oświadczam, że posiadam status PEP, tj. jestem członkiem rodziny PEP.

☐ Oświadczam, że posiadam status PEP, tj. jestem bliskim współpracownikiem PEP.

Jeżeli jesteś PEP (zajmujesz eksponowane stanowisko polityczne, jesteś członkiem rodziny PEP lub bliskim współpracownikiem PEP) uzupełnij dodatkowy formularz dedykowany dla PEP.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Na podstawie ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu każdy klient TU Allianz Życie Polska S.A. zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w zakresie statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (PEP), bycia członkiem rodziny PEP oraz bliskim współpracownikiem PEP. Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi został określony w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw finansów publicznych wydanego na podstawie art. 46c ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

***Osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne (PEP)** – osoba fizyczna (z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla) zajmująca znaczące stanowisko lub pełniąca znaczącą funkcję publiczną w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wice ministrów, sekretarzy stanu,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub rządów banków centralnych,
- f) ambasadorów, chargé d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.

****Członkowie rodziny PEP** – rozumie się przez to:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostające we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

*****Osoby znane jako bliscy współpracownicy PEP** – rozumie się przez to:

- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych

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 (d-m-r) roku przejmuję prawa wynikające z zawarcia ww. umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie.

Klauzula informacyjna (TUUnZ/KI/NT/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. Inflancka 4B, 00-189 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. (TUUnZ/KI/NT/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. (TUUnZ/KI/NT/001/1.0) 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. (TUUnZ/KI/NT/020/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu: (TUUnZ/KI/NT/002/2.0)

– oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (TUUnZ/KI/NT/004/2.0)

– wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUUnZ/KI/NT/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 prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług (TUUnZ/KI/NT/007/2.0)

Zgody dodatkowe (TUUnZ/ZO/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. (TUUnZ/ZO/NT/Z/008/2.0)

Zgoda klienta na elektroniczną obsługę umowy ubezpieczenia (TUUnZ/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 klienta): (TUUnZ/ZO/NT/002/1.0)

☐ warunków ubezpieczenia oraz innych informacji i dokumentów niezbędnych do zawarcia i wykonania niniejszej umowy ubezpieczenia (TUUnZ/ZO/NT/Z/001/1.0)

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

☐ informacji o każdorazowej zmianie doręzonego Dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie wraz z załącznikami (TUUnZ/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: (TUUnZ/ZO/NT/T/004/2.0)

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

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

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

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

☐ wiadomości sms/mms (TUUnZ/ZM/NT/Z/004/1.0)

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

☐ marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zawarciu umowy (TUUnZ/ZM/NT/Z/001/2.0)

☐ automatyczne podejmowanie decyzji, w tym profilowanie dla określenia moich preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawiania mi przygotowanej na tej podstawie oferty (TUUnZ/ZM/NT/Z/002/2.0)

☐ udostępnianie 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 wg. podmiotu: ul. Infancka 4B, 00-189 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę (TUUnZ/ZM/NT/Z/008/2.0)

Data (d-m-r)	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.)
-------------------------------------	------------------------------------	--

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 (d-m-r) _____ Miejscowość _____ Podpis Ubezpieczonego zgodnie ze wzorem we wniosku
o ubezpieczenie lub załączonym dokumentem tożsamości