

**FORMULARZ ZWROTU, ZWROTU CZĘŚCIOWEGO, WYPŁATY LUB TRANSFERU Z INDYWIDUALNEGO KONTA EMERYTALNEGO**



NUMER POLISY \_\_\_\_\_

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO / INFORMACJE OBOWIĄZKOWE**

NAZWISKO/NAZWA FIRMY \_\_\_\_\_

IMIĘ \_\_\_\_\_ PESEL / DATA URODZENIA \_\_\_\_\_ KRAJ URODZENIA \_\_\_\_\_

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI \_\_\_\_\_ DATA WAŻNOŚCI DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI \_\_\_\_\_ KRS LUB REGON FIRMY (JAK JEST UBEZPIECZAJĄCYM) \_\_\_\_\_

DDMMRRRR

ADRES ZAMIESZKANIA/NAZWA ULICY \_\_\_\_\_ NUMER DOMU \_\_\_\_\_ NUMER MIESZKANIA \_\_\_\_\_

KOD POCZTOWY \_\_\_\_\_ POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ \_\_\_\_\_ KRAJ \_\_\_\_\_

ADRES E-MAIL (PROSIMY WPISAĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI) \_\_\_\_\_ NUMER TELEFONU \_\_\_\_\_

OBYWATELSTWO (PROSIMY WPISAĆ WSZYSTKIE AKTUALNIE POSIADANE OBYWATELSTWA) \_\_\_\_\_

ADRES KORESPONDENCYJNY, prosimy wpisać jak jest inny niż zamieszkania/NAZWA ULICY \_\_\_\_\_ NUMER DOMU \_\_\_\_\_ NUMER MIESZKANIA \_\_\_\_\_

KOD POCZTOWY \_\_\_\_\_ POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ \_\_\_\_\_ KRAJ \_\_\_\_\_

**UWAGA! W przypadku wypełnienia formularza bez obecności przedstawiciela ALLIANZ wymagana kopia dowodu osobistego. Brak dowodu osobistego uniemożliwi nam dokonanie wypłaty z polisy.**

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 Państwa/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 wypełnienia 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 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

## SPOSÓB WYPŁATY

PRZELEW NA RACHUNEK BANKOWY

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**W PRZYPADKU KIEDY WŁAŚCIELEM RACHUNKU BANKOWEGO NIE JEST UBEZPIECZAJĄCY, OBOWIĄZKOWO NALEŻY WYPEŁNIĆ PONIŻSZE DANE (IMIĘ I NAZWISKO, PESEL/NAZWA INSTYTUCJI DO KTÓREJ DOKONUJEMY TRANSFER)**

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCIELA/NAZWA INSTYTUCJI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PESEL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CZĘŚCIOWY WYKUP / WYCOFANIE CZĘŚCI ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA IKE, JEŻELI NIE ZACHODZĄ PRZESŁANKI DO WYPŁATY BĄDŹ WYPŁATY TRANSFEROWEJ

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia wnioskuję o:

CZĘŚCIOWY ZWROT

środków zgromadzonych na IKE

w kwocie \_\_\_\_\_ zł

w kwocie maksymalnie możliwej zgodnie z warunkami ogólnymi IKE

% 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 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 \_\_\_\_\_

## ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNE KONTRO EMERYTALNE (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 (**zaznaczyć jedną z trzech opcji poniżej**):

**całkowity zwrot** środków zgromadzonych na IKE a wraz z nią wypłatę środków zgromadzonych na KSD. Zwrot z IKE i wypłata z 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/tam 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

**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.*

URZĄD SKARBOWY właściwy dla podatnika

NAZWA URZĘDU SKARBOWEGO

ADRES URZĘDU SKARBOWEGO

**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.*

DATA PODPISANIA

D D M M R R R R

PODPISY UBEZPIECZAJĄCEGO

**PEŁNY PODPIS**  
– POLE OBOWIĄZKOWE

**FORMA SKRÓCONA (PARAFKA)**  
– POLE OBOWIĄZKOWE

**IDENTYFIKACJA UBEZPIECZAJĄCEGO** (WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL ALLIANZ)

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

TYP DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DATA

D D M M R R R R

MIEJSCOWOŚĆ

NUMER, PODPIS, PIECZĘĆ PRZEDSTAWICIELA ALLIANZ

Uwaga: Jeśli wniosek został wypełniony bez udziału Przedstawiciela Allianz należy dołączyć kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego.

**WAŻNE**

1. Druk należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, niebieskim lub czarnym długopisem. Każdą literę i znak należy wpisać do oddzielnego pola.
2. Błędną informację na wniosku należy przekreślić ciętą linią, wpisując obok poprawną.
3. Wniosek jest nieważny jeżeli zawiera poprawki niepotwierdzone podpisem Ubezpieczającego.
4. Obowiązkowo należy załączyć kopię dowodu osobistego, jeżeli wniosek nie był spisany w obecności przedstawiciela Allianz