

Wniosek o zmianę / aktualizację danych osobowych / danych firmy



Dotyczy polisy nr: _____

Dotychczasowe dane

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

PESEL _____ REGON _____

Dane po zmianie/ aktualizacji

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

PESEL _____ Data urodzenia (d-m-r) _____

Obywatelstwa _____ Kraj urodzenia/
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa) kraj rejestracji _____

Typ dokumentu tożsamości _____ Seria i nr dok. tożsamości _____

Data ważności dok. tożsamości (d-m-r) _____

Forma organizacyjna _____

REGON _____ NIP _____

KRS/ Numer rejestracji _____

Nazwa właściwego rejestru _____ Data rejestracji (d-m-r) _____

Adres zamieszkania/ siedziby firmy

Adres zamieszkania/ siedziby firmy

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ – _____ Poczta _____ Kraj _____

Korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania/siedziby)

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ – _____ Poczta _____ Kraj _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. komórkowy _____

E-mail _____

W przypadku zmiany imienia / nazwiska / numeru PESEL / nazwy firmy do wniosku należy dołączyć kopię dokumentu (potwierzonego za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną):

- kopię dowodu osobistego i/ lub odpisu aktu małżeństwa,
- kopię zaświadczenia potwierdzającego wpis do CEIDG lub KRS.

Inne

Rodzaj zmiany _____

Oświadczenia dot. rezydencji podatkowej

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

Zobowiązują 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.

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

Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie. Pani/Pana dane będziemy przetwarzać w celu realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, sprzeciwu oraz złożenia skargi do organu nadzorczego. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych są zawarte na stronie internetowej Towarzystwa.

Pismne potwierdzenie dokonanych zmian danych

- Prosimy zaznaczyć pole w przypadku chęci otrzymania potwierdzenia dokonanych zmian

Miejscowość

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Data (d-m-r)

Czytelny podpis osoby wnioskującej o zmianę
oraz pieczęć w przypadku firmy