



WNIOSEK O DOKONANIE WYKUPU CZĘŚCIOWEGO / CAŁKOWITEGO

Jeśli wniosek jest wypełniany bez udziału Przedstawiciela Towarzystwa / Pośrednika ubezpieczeniowego, należy dołączyć do wniosku kserokopię dokumentu tożsamości. Jeśli Ubezpieczający jest osobą prawną lub działa przez przedstawiciela (pełnomocnik), do wniosku powinien być dołączony Załącznik nr 4.

DANE IDENTYFIKUJĄCE

Nr umowy:

Imię i Nazwisko / Nazwa firmy

Adres zamieszkania / Siedziba

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Data urodzenia

PESEL / NIP

Dowód osobisty

Paszport

Karta pobytu

Seria i numer dokumentu tożsamości

Obywatelstwo

Kraj urodzenia

E-mail

Telefon

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania) / siedziby

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Prowadzę działalność gospodarczą

 TAK NIE

Zawód wykonywany oraz branża

Wniosuję o wykup częściowy w wysokości zł / całkowity

Dotyczy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie

 Acti GWARANT Acti PLUS wariant 1 Acti PLUS wariant 2

FORMA WYPŁATY

Przelew bankowy

Numer rachunku bankowego:

Dane właściciela rachunku bankowego:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania
Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Przekaz pocztowy

Adres zamieszkania
Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Przeksięgowanie na polisę / wniosek numer

OŚWIADCZENIA

MACIF Życie TUW, na podstawie ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, jest zobowiązane do pozyskiwania od swoich klientów poniższych informacji.

Oświadczam, że posiadam beneficjenta rzeczywistego*: TAK NIE

Dane beneficjenta rzeczywistego:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania
Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Data urodzenia

PESEL

Dowód osobisty

Paszport

Karta pobytu

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod kraju (w przypadku paszportu)

Państwo urodzenia

Niniejszym oświadczam, iż wskazany beneficjent rzeczywisty:

jest nie jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne*

jest nie jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne*

jest nie jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (PEP)

W związku z powyższym oświadczam, że:

jestem nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne*

jestem nie jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne*

jestem nie jestem osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne*

Proszę podać zajmowane eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu:

.....

Proszę wskazać źródło pochodzenia środków na finansowanie składki:

wynagrodzenie odmowa odpowiedzi

oszczędności inne, jakie?

dochody z prowadzonej działalności gospodarczej, jakiej?

Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w przypadku zmiany okoliczności w nim wskazanych w terminie 14 dni od dnia, w którym ta zmiana nastąpiła. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczenie Ubezpieczającego dotyczące rezydencji podatkowej

Oświadczenie dotyczy osób fizycznych (Uwaga! Dotyczy również osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą lub wytwórczą w rolnictwie oraz osób fizycznych będących współnikami spółek cywilnych).

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 października 2014 r. o wykonywaniu umowy między rządem Rzeczypospolitej Polskiej, a rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki, w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FACTA (Dz. U. z 2015 r., poz. 1712, dalej jako: „Ustawa FACTA”) oraz zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 marca 2017 roku o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (Dz. U. z 2017 r., poz. 648, dalej jako „Ustawa”), polskie instytucje finansowe są zobowiązane do identyfikacji rachunków raportowych oraz pozyskiwania i przekazywania informacji o tych rachunkach Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej.

Z uwagi na powyższe, MACIF Życie TUW z siedzibą w Warszawie, jako polska raportująca instytucja finansowa, prosi Pana/-ią o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte poniżej, dotyczące Pana/-i statusu podatkowego.

Oświadczam, że posiadam następujące rezydencje podatkowe*:

1. Polska TAK NIE

2. USA TAK NIE

3. Inne kraje rezydencji podatkowej (nie dotyczy USA) TAK NIE

(jeżeli TAK, prosimy o wskazanie tych krajów oraz nr TIN):

Kraj rezydencji podatkowej Numer identyfikacji podatkowej (TIN)

numer identyfikacji podatkowej nie został nadany w kraju rezydencji podatkowej, powód:

Kraj rezydencji podatkowej Numer identyfikacji podatkowej (TIN)

numer identyfikacji podatkowej nie został nadany w kraju rezydencji podatkowej, powód:

Kraj rezydencji podatkowej Numer identyfikacji podatkowej (TIN)

numer identyfikacji podatkowej nie został nadany w kraju rezydencji podatkowej, powód:

Niniejszym oświadczam, iż:

1. sprawdziłem informacje podane na niniejszym formularzu i że są one prawdziwe, prawidłowe i kompletne,

2. zobowiązuję się do aktualizacji wskazanych powyżej informacji w terminie 30 dni od dnia zaistnienia zmiany oraz do dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

* Informacje pomocnicze, w tym definicje pojęć znajdują się w ustawie z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz zawarte są w formularzu „Definicje AML i Rezydencji podatkowej”.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż administratorem moich danych osobowych jest MACIF Życie TUW z siedzibą przy ul. Bema 89, 01-233 Warszawa oraz zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania, a także o dobrowolności ich podawania. Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż dane osobowe podane w niniejszym wniosku są zbierane i przetwarzane w związku z realizacją obowiązków nałożonych na zakłady ubezpieczeń wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. z dnia 17 lutego 2016 r Dz.U. z 2016 r., poz. 299 z późn. zm.).

Data: <input type="text" value="DDMMRRRR"/>	Miejscowość:	Czytelny podpis Ubezpieczającego/Właściciela polisy:
--	--------------	--

POTWIERDZENIE POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

Potwierdzam, że wszystkie informacje i oświadczenia, wskazane w niniejszym wniosku, zostały złożone przez Ubezpieczonego i Ubezpieczającego w mojej obecności, po zweryfikowaniu przeze mnie tożsamości Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz poprawności ich danych na podstawie okazanych dokumentów tożsamości ze zdjęciem.

Data: <input type="text" value="DDMMRRRR"/>	Imię i nazwisko pośrednika:	Nazwa firmy:	Czytelny podpis pośrednika:
--	-----------------------------	--------------	-----------------------------

W.DW/03/19

3