

# Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia

Numer polisy

## Dane osoby, która składa wniosek

Wypełnij wniosek **DRUKOWANYMI** literami.

Imię, imiona Nazwisko

+48

PESEL lub data urodzenia Numer telefonu E-mail

Adres korespondencyjny

Ulica Nr domu Nr lokalu

-

Kod pocztowy Miejscowość Poczta Państwo

Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr lokalu

-

Kod pocztowy Miejscowość Poczta Państwo

## Oświadczenie dotyczące zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

☐ TAK ☐ NIE

## Oświadczenie o statusie FATCA

Oświadczam, że jestem podatnikiem USA.

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, podaj numer identyfikacji podatkowej w USA (TIN)

## Oświadczenie dotyczące rezydencji podatkowej

Oświadczam, że posiadam inną rezydencję podatkową niż Polska/USA

☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że jestem rezydentem podatkowym w następujących krajach:

Kraj rezydencji podatkowej	TIN	Kraj nie nadaje TIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Dane do wypłaty świadczenia

Numer rachunku bankowego

## Dane właściciela rachunku bankowego

Imię, imiona

Nazwisko

PESEL lub data urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Państwo

Dane Urzędu Skarbowego

Nazwa

Ulica

Kod pocztowy

Miejscowość

Informujemy, że od 1 stycznia 2024 roku zmianie ulega dotychczas funkcjonujący mechanizm rozliczenia zryczałtowanego podatku od zysków kapitałowych. Wypłaty z tytułu umów ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym będą dokonywane w kwocie brutto, bez potrącenia zryczałtowanego podatku dochodowego, jeśli byłby on należny. Klient będzie miał obowiązek samodzielnie rozliczyć podatek w rocznej deklaracji podatkowej, łącznie dla wszystkich wypłat podlegających rozliczeniu na podstawie deklaracji PIT-8C. W przypadku wystąpienia zysku podatkowego Klient będzie zobowiązany do samodzielnej zapłaty podatku do Urzędu Skarbowego.

## Zaznacz właściwe oświadczenie

- ☐ Oświadczam, że podany numer rachunku bankowego należy do ubezpieczonego.
- ☐ Oświadczam, że podany numer rachunku bankowego nie należy do ubezpieczonego, a wypłata środków na tenże rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Vienna Life z tytułu wypłaty świadczenia i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Vienna Life żadnych roszczeń.

## Do wniosku załączam

- ☐ kopię dowodu tożsamości

Oświadczam, że wszystkie podane informacje w formularzu są zgodne z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

Data

Podpis ubezpieczonego

Klauzula informacyjna	
<p>Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group (dalej również: Vienna Life) nie świadczy usług doradztwa podatkowego i w związku z tym nie ponosi odpowiedzialności za poprawne określenie przez Ubezpieczającego faktu posiadania obowiązków podatkowych w USA bądź rezydencji podatkowej w innym kraju. W razie wątpliwości co do statusu podatkowego, Vienna Life zaleca kontakt z doradcą podatkowym lub stosownymi organami skarbowymi Rzeczypospolitej Polskiej bądź państwa rezydencji podatkowej.</p>	
Oświadczenie o statusie FATCA	<p>Oświadczenie o statusie FATCA gromadzone jest na potrzeby realizacji obowiązków Vienna Life dotyczących identyfikacji klientów będących podatnikami Stanów Zjednoczonych wynikających z ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy pomiędzy Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA. Vienna Life jest zobowiązana do przekazania do administracji podatkowej USA (za pośrednictwem właściwych polskich organów skarbowych) danych dotyczących:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• podatników USA</li> <li>• osób, które odmówiły złożenia oświadczenia w zakresie statusu podatnika USA</li> <li>• osób, w przypadku których stwierdzono przesłanki świadczące o rezydencji podatkowej USA i które, na prośbę Vienna Life nie dostarczyły dokumentów potwierdzających, że nie są podatnikami USA.</li> </ul>
Oświadczenie dotyczące rezydencji podatkowej	<p>Oświadczenie dotyczące rezydencji podatkowej innej niż Polska lub USA gromadzone jest na potrzeby realizacji obowiązków Vienna Life dotyczących identyfikacji klientów będących rezydentami państw uczestniczących* lub państw trzecich* na podstawie ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Vienna Life jest zobowiązana, na podstawie ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami, do przekazania Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, w celu przekazania właściwemu organowi państwa uczestniczącego lub państwa trzeciego, danych dotyczących osób będących rezydentami w państwie uczestniczącym lub państwie trzecim na podstawie prawa podatkowego tego państwa uczestniczącego lub tego państwa trzeciego.</p>
Obowiązek informacyjny względem osób trzecich	<p>W przypadku realizowania przelewu na rachunek bankowy osoby trzeciej będącej osobą fizyczną, oświadczam, że poinformuję tę osobę o przekazaniu przeze mnie jej danych osobowych do Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 162A, w celu identyfikacji, a także prześlę jej informacje o przetwarzaniu danych osobowych przez Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie zawarte pod linkiem: <a href="https://viennalife.pl/files/Dane_osobowe_strona_www.pdf">https://viennalife.pl/files/Dane_osobowe_strona_www.pdf</a>.</p>
Definicje	
Podatnik USA	<p>Podatnikiem USA, zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA, jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa);</li> <li>2. Uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny czas w danym roku (tzw. Zielona Karta);</li> <li>3. Dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA;</li> <li>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 dwóch 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:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu;</li> <li>b) 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu;</li> <li>c) 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu.</li> </ol> </li> </ol>
TIN (Tax Identification Number)	<p>Numer identyfikacyjny podatnika lub jego funkcjonalny odpowiednik w przypadku braku takiego numeru, stosowany przez państwo rezydencji do identyfikacji osoby fizycznej lub podmiotu w celach podatkowych, w tym numer identyfikacji podatkowej (NIP) lub numer Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL).</p>
Państwo uczestniczące	<p>Rozumie się przez to:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej,</li> <li>b) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Rzeczpospolita Polska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowanych,</li> <li>c) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Unia Europejska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowanych, wymienione w wykazie opublikowanym przez Komisję Europejską.</li> </ol>
Państwo trzecie	<p>inne niż Rzeczpospolita Polska oraz Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, które nie jest państwem uczestniczącym</p>
Osoby zajmujące eksponowane stanowisko polityczne	<p>Rozumie się przez to, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,</li> <li>b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,</li> <li>c) członków organów zarządzających partii politycznych,</li> <li>d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,</li> <li>e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,</li> <li>f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,</li> <li>g) członków organów administracyjnych, zarządczych 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,</li> <li>h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,</li> <li>i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,</li> <li>j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.</li> </ol> <p>Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi, o których mowa w lit. a-g, i, j, określa Rozporządzenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 27 lipca 2021 r. w sprawie wykazu krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami publicznymi.</p>
Członkowie rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) małżonek lub osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,</li> <li>b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,</li> <li>c) rodzice osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.</li> </ol>
Osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne	<ol style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.</li> </ol>

# Wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu)

(załącznik do wniosku o wypłatę świadczenia)

## WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Niniejszy druk wypełnia osoba przyjmująca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie okazanego oryginału dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Wypełniony druk potwierdzony za zgodność z oryginałem przez osobę przyjmującą wniosek o wypłatę świadczenia należy dołączyć do tego wniosku. Wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość stanowi część dokumentacji świadczeniowej.

Numer polisy/numer roszczenia: \_\_\_\_\_

### WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO (wypełnić jeśli osobą uprawnioną jest osoba ubezpieczona)

Imiona \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Seria, numer, oznaczenie dokumentu stwierdzającego tożsamość \_\_\_\_\_

Data ważności dokumentu potwierdzającego tożsamość D,D - M,M - R,R,R,R

Nazwisko rodowe Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

Imię ojca ubezpieczonego \_\_\_\_\_ Imię matki ubezpieczonego \_\_\_\_\_

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_  
miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego \_\_\_\_\_

### WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ MAŁŻONKA/PARTNERA (w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących małżonka/partnera)

Imiona \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Nazwisko rodowe małżonka/partnera Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

Imię ojca małżonka/partnera ubezpieczonego \_\_\_\_\_ Imię matki małżonka/partnera ubezpieczonego \_\_\_\_\_

Jednocześnie oświadczam, iż do dnia dzisiejszego pozostaję w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa z \_\_\_\_\_

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_  
miejscowość \_\_\_\_\_ podpis małżonka / partnera \_\_\_\_\_

### OŚWIADCZENIE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ NINIEJSZY WYPIS

Oświadczam, że podane powyżej informacje zgodne są z danymi zawartymi w okazanym mi oryginale dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_  
miejscowość \_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby przyjmującej wypis \_\_\_\_\_

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”.

UBEZPIECZONY

☐ TAK ☐ NIE

UPRAWNIONY

☐ TAK ☐ NIE

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_  
miejscowość \_\_\_\_\_

podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego \_\_\_\_\_