

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego końca Okresu ubezpieczenia

Numer polisy

OPPIA-F105-9-1125-PDF

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Złożenie wniosku jest możliwe najwcześniej po upływie ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.

Podanie danych i złożenie oświadczeń wskazanych w niniejszym wniosku jest niezbędne w celu jego zrealizowania.

W przypadku wypełniania wniosku bez obecności Konsultanta prosimy o przesłanie kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość tj. skan lub zdjęcie dowodu osobistego (obydwu stron) lub paszportu w części zawierającej dane osobowe Ubezpieczonego.

1. Dane Ubezpieczonego

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

Telefon komórkowy

Adres e-mail

Państwo urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Data urodzenia (dot. osób nieposiadających nr. PESEL)

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: dowodu osobistego/mDowodu/paszportu

Data ważności dokumentu tożsamości

Obywatelstwo: ☐ polskie

lub inne (jakie)

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż powyżej)

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

2. Rezydencja podatkowa Ubezpieczonego

Poniższe twierdzenia składane są pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że posiadam następujące rezydencje podatkowe:

- ☐ Oświadczam, że posiadam jedynie polską rezydencję podatkową.
- ☐ Oświadczam, że posiadam rezydencję podatkową Stanów Zjednoczonych

TIN: wskazanie TIN jest obowiązkowe

☐ Oświadczam, że posiadam następujące rezydencje podatkowe (inne niż Polska i USA):

a. Kraj innej rezydencji podatkowej

Numer identyfikacji podatkowej (TIN/NIP) w kraju innej rezydencji podatkowej

☐ TIN nie został nadany

b. Kraj innej rezydencji podatkowej

Numer identyfikacji podatkowej (TIN/NIP) w kraju innej rezydencji podatkowej

☐ TIN nie został nadany

c. Kraj innej rezydencji podatkowej

Numer identyfikacji podatkowej (TIN/NIP) w kraju innej rezydencji podatkowej

☐ TIN nie został nadany

Oświadczenia i informacje prawne

- ☐ Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany/a, że:
- Niniejsze oświadczenie składane jest w celu wypełnienia obowiązków nałożonych na polskie instytucje finansowe przez ustawę z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.
 - Wskazane wyżej obowiązki obejmują identyfikację Ubezpieczonych będących rezydentami podatkowymi innych krajów oraz przekazanie danych dotyczących zawartych przez nich umów ubezpieczenia do organów administracji podatkowej państw, w których rezydencji takich osób została zidentyfikowana, za pośrednictwem Krajowej Administracji Skarbowej.
 - Na mocy międzynarodowych porozumień w zakresie wymiany informacji o rachunkach finansowych, informacje znajdujące się w niniejszym oświadczeniu oraz informacje dotyczące Ubezpieczonego, a także ich rachunków raportowanych oraz rachunków nieudokumentowanych są gromadzone, przetwarzane i mogą zostać przekazane Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, w celu ich dalszego przekazania właściwym organom Państw uczestniczących.
 - Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce ma prawo zweryfikować prawdziwość danych zawartych w oświadczeniu i w razie podejrzenia, iż dane złożone w oświadczeniu są nieprawdziwe, może prosić o przedłożenie przez Klienta dodatkowych dokumentów w celu potwierdzenia tych danych.
 - Klient ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania lub usunięcia.
- ☐ Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie rezydencji podatkowej w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz w razie konieczności do dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia. Powiadomię Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce o zmianie w ciągu 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności.
- ☐ Oświadczam, że wszystkie oświadczenia złożone w tym formularzu są zgodnie z najlepszą wiedzą i przekonaniem, poprawne i rzetelne.
- ☐ Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Objaśnienie CRS i FATCA

Definicje w rozumieniu Ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami oraz zgodnie z wymogami Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz towarzyszącymi Uzgodnieniami Końcowymi. Zaprezentowane definicje mają charakter ogólny i nie są wiążące.

Wypełnić w przypadku podpisania wniosku przez przedstawiciela ustawowego/reprezentanta Ubezpieczonego

Imię i nazwisko

PESEL (lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających nr PESEL)

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Obywatelstwo

5. Oświadczenie Konsultanta lub Pracownika oddziału

Potwierdzam, że w stosunku do Ubezpieczonego wykonałem/am wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

W przypadku Ubezpieczonego działającego poprzez reprezentanta potwierdzam, że zweryfikowałem, iż osoba reprezentująca Ubezpieczonego jest odpowiednio umocowana do działania w jego imieniu oraz wykonałem wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

Data

Miejscowość

Imię i nazwisko Konsultanta lub Pracownika oddziału

Numer

Oddział

Podpis