

Numer Polisy

Wniosek o wypłatę częściową lub całkowitą Świadczenia z tytułu Umowy

Formularz ten ma zastosowanie w przypadku wniosku o wypłatę częściową lub całkowitą świadczenia/ Świadczenia Wykupu/ Wartości Wykupu lub Świadczenia Dożycia.

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwisko / Nazwa

Imię

PESEL/REGON

Seria i Nr dowodu tożsamości

+48

Telefon

Adres zamieszkania/Adres siedziby

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Państwo

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Państwo

Oświadczenie Ubezpieczającego 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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczenie Ubezpieczającego o statusie FATCA

Oświadczam, że:

Jestem podatnikiem USA (proszę o podanie numeru TIN* poniżej)

Nie jestem podatnikiem USA*

Mój numer identyfikacji podatkowej w USA (TIN)

(należy wypełnić, jeżeli Ubezpieczający / Ubezpieczony jest podatnikiem USA)

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Jeżeli niniejszy wniosek nie skutkuje rozwiązaniem Umowy, zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie statusu Ubezpieczającego jako podatnika USA w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz w razie konieczności do dostarczenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

Oświadczenie Ubezpieczającego dotyczące rezydencji podatkowej

Oświadczam, że posiadam inną rezydencję podatkową niż Polska/ USA

TAK

NIE

Oświadczam, że jestem rezydentem podatkowym w następujących krajach:

(należy wypełnić, jeżeli Ubezpieczający posiada inną rezydencję podatkową niż Polska lub USA):

Kraj rezydencji podatkowej	TIN	Kraj nie nadaje TIN

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Jeżeli niniejszy wniosek nie skutkuje rozwiązaniem Umowy, zobowiązuję się do poinformowania Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group (dalej również: Vienna Life) jako raportującej instytucji finansowej (w rozumieniu ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami) o zmianie okoliczności, która ma wpływ na moją rezydencję podatkową lub powoduje, że informacje zawarte w złożonym przeze mnie oświadczeniu o rezydencji podatkowej stały się nieaktualne, oraz do przedłożenia Vienna Life odpowiednio zaktualizowanego oświadczenia - w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności, oraz, w razie konieczności, do dostarczenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

DANE UBEZPIEZONEGO

Wypełnić w przypadku dyspozycji dotyczącej: Umowy Ubezpieczenia na Życie z Funduszami Inwestycyjnymi ze Składką Jednorazową, Umowy Ubezpieczenia na Życie z Funduszami Inwestycyjnymi ze Składką Regularną, Umów: Multiportfel R, Multiportfel J, Multiportfel MBI.

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nazwisko / Nazwa		Imię	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	+48	<input type="text"/>
PESEL/REGON	Seria i Nr dowodu tożsamości	Telefon	

Adres zamieszkania/Adres siedziby

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta	Państwo

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta	Państwo

Oświadczenie Ubezpiezonego 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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczenie Ubezpiezonego o statusie FATCA

Oświadczam, że:

- Jestem podatnikiem USA (proszę o podanie numeru TIN* poniżej)
- Nie jestem podatnikiem USA*

Mój numer identyfikacji podatkowej w USA (TIN)

(należy wypełnić, jeżeli Ubezpieczający / Ubezpieczony jest podatnikiem USA)

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Jeżeli niniejszy wniosek nie skutkuje rozwiązaniem Umowy, zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie statusu Ubezpieczającego jako podatnika USA w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz w razie konieczności do dostarczenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

Oświadczenie Ubezpiezonego dotyczące rezydencji podatkowej

Oświadczam, że posiadam inną rezydencję podatkową niż Polska/ USA

TAK NIE

Oświadczam, że jestem rezydentem podatkowym w następujących krajach:

(należy wypełnić, jeżeli Ubezpieczony posiada inną rezydencję podatkową niż Polska lub USA):

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"/>

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Jeżeli niniejszy wniosek nie skutkuje rozwiązaniem Umowy, zobowiązuję się do poinformowania Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group (dalej również: Vienna Life) jako raportującej instytucji finansowej (w rozumieniu ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami) o zmianie okoliczności, która ma wpływ na moją rezydencję podatkową lub powoduje, że informacje zawarte w złożonym przeze mnie oświadczeniu o rezydencji podatkowej stały się nieaktualne, oraz do przedłożenia Vienna Life odpowiednio zaktualizowanego oświadczenia - w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności, oraz, w razie konieczności, do dostarczenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

DANE DRUGIEGO UBEZPIECZAJĄCEGO (W PRZYPADKU UMÓW, W RAMACH KTÓRYCH WYSTĘPUJE DWÓCH UBEZPIECZAJĄCYCH)

Nazwisko / Nazwa		Imię	
PESEL/REGON		Seria i Nr dowodu tożsamości	
		+48	
		Telefon	
Adres zamieszkania/Adres siedziby			
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta	Państwo
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)			
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta	Państwo

Oświadczenie Ubezpieczającego 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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczenie Ubezpieczającego o statusie FATCA

Oświadczam, że:

- Jestem podatnikiem USA (proszę o podanie numeru TIN* poniżej)
- Nie jestem podatnikiem USA*

Mój numer identyfikacji podatkowej w USA (TIN)

(należy wypełnić, jeżeli Ubezpieczający / Ubezpieczony jest podatnikiem USA)

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Jeżeli niniejszy wniosek nie skutkuje rozwiązaniem Umowy, zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie statusu Ubezpieczającego jako podatnika USA w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz w razie konieczności do dostarczenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

Oświadczenie Ubezpieczającego dotyczące rezydencji podatkowej

Oświadczam, że posiadam inną rezydencję podatkową niż Polska/ USA

TAK NIE

Oświadczam, że jestem rezydentem podatkowym w następujących krajach:

(należy wypełnić, jeżeli Ubezpieczający posiada inną rezydencję podatkową niż Polska lub USA):

Kraj rezydencji podatkowej	TIN	Kraj nie nadaje TIN

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Jeżeli niniejszy wniosek nie skutkuje rozwiązaniem Umowy, zobowiązuję się do poinformowania Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group (dalej również: Vienna Life) jako raportującej instytucji finansowej (w rozumieniu ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami) o zmianie okoliczności, która ma wpływ na moją rezydencję podatkową lub powoduje, że informacje zawarte w złożonym przeze mnie oświadczeniu o rezydencji podatkowej stały się nieaktualne, oraz do przedłożenia Vienna Life odpowiednio zaktualizowanego oświadczenia - w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności, oraz, w razie konieczności, do dostarczenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

DYSPOZYCJA KLIENTA
Umowa ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym

- Wnioskuje o (całkowitą) wypłatę Świadczenia Wykupu/ Wartości Wykupu
Wypłata (całkowita) Świadczenia Wykupu/ Wartości Wykupu skutkuje rozwiązaniem Umowy.
- Wnioskuje o częściową wypłatę Świadczenia Wykupu z Części Wolnej Rachunku/ dopuszczalnej kwoty Wykupu Częściowego*
*Bez opłaty likwidacyjnej.
- Wnioskuje o częściową wypłatę Świadczenia Wykupu/Wykup Częściowy w wysokości: _____ PLN
- Wnioskuje o częściową wypłatę Świadczenia Wykupu/Wykup Częściowy w wysokości: _____ PLN, tj. _____ równowartość Składek Regularnych*
*Wypełniane tylko w przypadku przelewu na konto Składek Regularnych.
- Wnioskuje o częściową wypłatę Świadczenia Wykupu/ Wykup Częściowy do Minimalnego Salda/ Minimalnej Wartości Polisy
W przypadku odpisania Jednostek Funduszy z Części Bazowej Rachunku wypłacony zostanie określony procent jej wartości, wskazany w OWU.

Umowa na Życie i Dożycie/Umowa na Życie na czas nieokreślony

- Wnioskuje o (całkowitą) wypłatę świadczenia/ Świadczenia Dożycia (za wyjątkiem dożycia końca Okresu Ubezpieczenia, odstąpienia od Umowy oraz śmierci Ubezpieczonego) *Wypłata całkowita skutkuje rozwiązaniem Umowy.*
- Wnioskuje o częściową wypłatę świadczenia w wysokości:
- 25% świadczenia aktualnego na dzień złożenia dyspozycji
- 50% świadczenia aktualnego na dzień złożenia dyspozycji

FORMA REALIZACJI WYPŁATY

- Wnioskuje o dokonanie przelewu na konto Składek Regularnych z tytułu Polisy nr _____
(jeżeli kwota wypłaty ma zostać rozdysponowana w inny sposób prosimy o odrębne określenie sposobu podziału środków)

Moja dyspozycja podziału środków w ramach posiadanych przeze mnie Polis, ze wskazaniem ich numerów

- Wnioskuje o dokonanie przelewu na rachunek bankowy wskazany we wniosku o zawarcie Umowy
- Wnioskuje o dokonanie przelewu na poniższy rachunek bankowy:

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 ubezpieczającego.
- Oświadczam, że podany numer rachunku bankowego nie należy do ubezpieczającego, 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
- oryginał Postanowienia Sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub akt notarialny poświadczenia dziedziczenia

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczającego

Podpis drugiego Ubezpieczającego
W przypadku Umów, w ramach
których występuje dwóch
Ubezpieczających.

Podpis Ubezpieczonego
W przypadku Umów: Ubezpieczenia na
Życie z Funduszami Inwestycyjnymi ze
Składką Jednorazową, Ubezpieczenia na
Życie z Funduszami Inwestycyjnymi ze
Składką Regularną, Multiportfel R,
Multiportfel J, Multiportfel MBI

Klauzula informacyjna

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.

Oświadczenie o statusie FATCA	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: <ul style="list-style-type: none"> • podatników USA • osób, które odmówiły złożenia oświadczenia w zakresie statusu podatnika USA • 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.
Oświadczenie dotyczące rezydencji podatkowej	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.
Obowiązek informacyjny względem osób trzecich	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 przekazę jej informacje o przetwarzaniu danych osobowych przez Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie zawarte pod linkiem: https://viennialife.pl/files/Dane_osobowe_strona_www.pdf .

Definicje

Podatnik USA	Podatnikiem USA, zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA, jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej: <ol style="list-style-type: none"> 1. Posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa); 2. Uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny czas 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 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"> a) 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu; b) 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu; c) 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu.
TIN (Tax Identification Number)	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).
Państwo uczestniczące	Rozumie się przez to: <ol style="list-style-type: none"> a) inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej, b) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Rzeczpospolita Polska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowanych, 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.
Państwo trzecie	inne niż Rzeczpospolita Polska oraz Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, które nie jest państwem uczestniczącym
Osoby zajmujące eksponowane stanowisko polityczne	Rozumie się przez to, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym: <ol style="list-style-type: none"> a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu, b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, c) członków organów zarządzających partii politycznych, d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, 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, h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach, i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich, j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej. <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"> a) małżonek lub osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, c) rodzice osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.
Osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne	<ol style="list-style-type: none"> 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, 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.

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

(załącznik do wniosku o wypłatę świadczenia)



VIENNA INSURANCE GROUP

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, _____
miejsowość 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, _____
miejsowość 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, _____
miejsowość 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, _____
miejsowość podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego