



Pieczęć wpływu do placówki przyjmującej zgłoszenie

Zgłoszenie zmian w umowie

i Proszę wypełnić wniosek dużymi drukowanymi literami.

I Dane umowy (zmiana dotyczy wyłącznie jednej umowy)

Nazwa ubezpieczenia _____
Nr umowy _____ Nr rachunku udziałów (dotyczy ubezpieczeń z funduszem) _____

II Zakres zmian

Zmiana danych osobowo-adresowych

- zmiana danych osobowych
- zmiana danych teled adresowych
- zmiana rachunku bankowego
- zmiana ubezpieczającego
- zmiana uposażonych/pełnomocnika
- zmiana statusu podatnika USA
- zmiana rezydencji podatkowej CRS
- zmiana urzędu skarbowego

Zmiana warunków umowy

- zmiana częstotliwości opłacania składki
- zawieszenie opłacania składek
- skrócenie okresu ubezpieczenia
- zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe
- zmiana w zakresie umów ubezpieczeń dodatkowych (należy wypełnić załącznik do formularza)

Określenie kogo dotyczy zmiana

- ubezpieczającego
- ubezpieczonego (gdy jest inną osobą niż ubezpieczający)
- oszczędzającego
- pełnomocnika
- uposażonego
- ubezpieczonego współmałżonka/partnera
- ubezpieczonego dziecka
- przedstawiciela ubezpieczonego dziecka

III Dane zgłaszającego

Nazwisko/Nazwa _____
Pierwsze imię _____ Drugie imię _____
Data urodzenia _____ PESEL/Regon _____
(jeżeli brak PESEL)
Rodzaj dokumentu tożsamości Dowód osobisty Paszport Inne _____
Seria i numer dokumentu tożsamości _____

IV Aktualne dane – po zmianie

Nazwisko/Nazwa _____
Pierwsze imię _____ Drugie imię _____
Data urodzenia _____ PESEL/Regon _____
(jeżeli brak PESEL)
Miejsce urodzenia _____
Kraj urodzenia _____
Rodzaj dokumentu tożsamości Dowód osobisty Paszport Inne _____
Data wydania dokumentu tożsamości _____
Data ważności dokumentu tożsamości _____ bezterminowo
Seria i numer dokumentu tożsamości _____
Obywatelstwo polskie inne _____ Obywatelstwo 2 polskie inne _____
Zmiany dotyczą ubezpieczonego dziecka _____
NIP _____ Forma organizacyjna _____
Państwo rejestracji _____ Rejestr _____
Rodzaj działalności gospodarczej _____ Data rejestracji _____

V Adres do korespondencji

Zmiana

Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Kraj Polska Inny – jaki _____

Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

Nr rachunku bankowego

Adres do korespondencji taki sam jak adres zamieszkania

VI Adres zamieszkania

Zmiana

Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Kraj Polska Inny – jaki _____

VII Urząd skarbowy – dotyczy produktów z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi

Zmiana

Moim urzędem skarbowym właściwym do rozliczeń zobowiązań podatkowych jest:

Nazwa urzędu skarbowego właściwego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych zgodnie z miejscem zamieszkania

VIII Zmiana uposażonych w ubezpieczeniu podstawowym w ubezpieczeniu dodatkowym MS w ubezpieczeniu dodatkowym TE/DT

Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i nie wyznaczam uposażonych.

Niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam, jako uposażonych następujące osoby:

1. Nazwisko/Nazwa

Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia

Data urodzenia (jeśli brak PESEL) PESEL/Regon % świadczenia %

Adres do korespondencji:

Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Kraj Polska Inny – jaki _____

2. Nazwisko/Nazwa

Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia

Data urodzenia (jeśli brak PESEL) PESEL/Regon % świadczenia %

Adres do korespondencji:

Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Kraj Polska Inny – jaki _____

3. Nazwisko/Nazwa

Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia
Data urodzenia -- PESEL/Regon % świadczenia %

Adres do korespondencji:

Miejscowość
Ulica Nr domu Nr lokalu
Kod pocztowy Kraj Polska Inny – jaki

IX Zmiana częstotliwości opłacania składek

miesięcznie kwartalnie półrocznie rocznie jednorazowo

X Zawieszenie opłacania składek – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń kapitałowych

od dnia -- liczba miesięcy (maksymalnie 6 miesięcy)

XI Skrócenie okresu ubezpieczenia – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń kapitałowych

Jeżeli ubezpieczający jest inną osobą niż ubezpieczony, wymagana jest zgoda ubezpieczonego na zmianę – prosimy o wypełnienie oświadczenia w części XIV formularza

o 1 rok o 2 lata o 3 lata o 4 lata o 5 lat

XII Zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń kapitałowych

Jeżeli ubezpieczający jest inną osobą niż ubezpieczony, wymagana jest zgoda ubezpieczonego na zmianę – prosimy o wypełnienie oświadczenia w części XIV formularza

od dnia --

XIII Zmiana oświadczeń dotyczących rezydencji podatkowych

Oświadczam, że: jestem podatnikiem USA* nie jestem podatnikiem USA*

TIN w USA (numer identyfikacji podatkowej) Rezydencja podatkowa FATCA

Posiadam polską rezydencję podatkową tak nie Posiadam rezydencję podatkową inną niż USA i Polska tak nie

(Jeśli TAK – dane jednej z trzech rezydencji poniżej wymagane do wypełnienia oraz numer identyfikacji podatkowej. Jeśli NIE – pola z rezydencją podatkową są nieobowiązkowe. Jeśli wypełnione pole rezydencji podatkowej to obowiązkowo należy podać TIN, jeśli kraj nadaje numer identyfikacji podatkowej.)

Rezydencja podatkowa CRS

TIN (numer identyfikacji podatkowej) Kraj rezydencji nie nadaje TIN

Rezydencja podatkowa CRS

TIN (numer identyfikacji podatkowej) Kraj rezydencji nie nadaje TIN

Rezydencja podatkowa CRS

TIN (numer identyfikacji podatkowej) Kraj rezydencji nie nadaje TIN

Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o konieczności aktualizacji oświadczenia w zakresie mojego statusu podatnika USA* w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz możliwej konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o obowiązku przekazania przez PZU Życie SA do Ministerstwa Finansów danych dotyczących:

- podatników USA*,
- osób, w przypadku których stwierdzono przesłanki świadczące o rezydencji podatkowej USA i które, na prośbę PZU Życie SA, nie dostarczyły dokumentów potwierdzających, że nie są podatnikami USA*.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o obowiązku przekazania przez PZU Życie SA do Ministerstwa Finansów / polskich organów podatkowych, w celu

przekazania właściwemu organowi państwa uczestniczącego**, danych dotyczących osób będących rezydentami w państwie uczestniczącym na podstawie prawa podatkowego tego państwa uczestniczącego.

Oświadczenie gromadzone jest na potrzeby realizacji obowiązków PZU Życie SA dotyczących identyfikacji klientów będących podatnikami Stanów Zjednoczonych Ameryki wynikających z Ustawy o wykonywaniu Umowy pomiędzy Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA a także na potrzeby realizacji obowiązków nałożonych na PZU Życie SA przez przepisy CRS dotyczących identyfikacji rezydencji podatkowych klientów.

Klient ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania lub usunięcia. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

XIV Oświadczenia

Jako ubezpieczający:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.

2. Wyrażam zgodę na przesyłanie przez PZU Życie SA informacji i dokumentów, w tym OWU, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą z PZU Życie SA umową ubezpieczenia, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres e-mail.

Nadto wnoszę o przesłanie informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń (o produkcie ubezpieczeniowym oraz o dystrybutorze ubezpieczeń) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres e-mail.

Zobowiązuję się niezwłocznie informować PZU Życie SA o każdej zmianie podanych danych kontaktowych.

Jako ubezpieczony:

- Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.
- Wyrażam zgodę na przesłanie przez PZU Życie SA informacji i dokumentów, w tym OWU, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą z PZU Życie SA umową ubezpieczenia, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres e-mail. Zobowiązuję się niezwłocznie informować PZU Życie SA o każdej zmianie podanych danych kontaktowych.
- Wyrażam zgodę na zmiany w ubezpieczeniu wskazane w części XI.
- Wyrażam zgodę na zmiany w ubezpieczeniu wskazane w części XII.

Jako ubezpieczony współmałżonek/partner:


W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Miejscowość _____

Data _____

Podpis ubezpieczającego/pełnomocnika ubezpieczającego 

Podpis ubezpieczonego/pełnomocnika ubezpieczonego/oszczędzającego 

Podpis ubezpieczonego współmałżonka/partnera 

Podpis ubezpieczonego dziecka/przedstawiciela ubezpieczonego dziecka 

XV Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia

Data przyjęcia zgłoszenia

NEPU _____

Nr telefonu osoby przyjmującej zgłoszenie

Pieczęćka imienna i podpis osoby upoważnionej przez PZU Życie SA 

W przypadku zgody proszę wstawić X w pole.

* 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:

- posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa),
- uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta),
- dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA,
- 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).

** Przez państwo uczestniczące rozumie się:

- inne, niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej,
- inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Rzeczpospolita Polska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowych,
- inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium wymienione w wykazie opublikowanym przez Komisję Europejską, z którym Unia Europejska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowych.

Listę państw uczestniczących, o których mowa w lit. b–c, określa Minister Finansów w drodze obwieszczenia do 15 października każdego roku kalendarzowego.