

Nr deklaracji

Nr polisy PJ



GRUPOWE UBEZPIECZENIE EMERYTALNE POGODNA JESIEŃ DEKLARACJA PRZYSTAPIENIA

Zmiana deklaracji

Określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

I Dane dotyczące ubezpieczonego

Pani Pan
Imię Nazwisko

PESEL Data urodzenia Miejsce urodzenia Obywatelstwo

Kraj urodzenia Rezydencja podatkowa TIN (numer identyfikacji podatkowej w <USA>)

Posiadam polską rezydencję podatkową: TAK NIE
Posiadam rezydencję podatkową inną niż USA i Polska: TAK NIE

Rezydencja podatkowa TIN (numer identyfikacji podatkowej w <kraj>) Powód braku TIN

Rezydencja podatkowa TIN (numer identyfikacji podatkowej w <kraj>) Powód braku TIN

Rezydencja podatkowa TIN (numer identyfikacji podatkowej w <kraj>) Powód braku TIN

Kraj stałego zamieszkania (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż Polska): <Kraj stałego zamieszkania>

Oświadczam, że moim urzędem skarbowym właściwym do rozliczeń zobowiązań podatkowych zgodnie z miejscem zamieszkania jest

Nazwa i adres urzędu skarbowego właściwego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych

Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o konieczności aktualizacji oświadczenia o właściwym urzędzie skarbowym do rozliczeń zobowiązań podatkowych.

Adres do korespondencji:

Kraj Kod pocztowy Poczta Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu

E-mail Telefon kontaktowy

II Informacje o składce

Upoważniam ubezpieczającego do potrącania składek, jeżeli pochodzą z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat oraz przekazywania ich do PZU Życie SA.

zł z każdego wynagrodzenia Słownie:

% każdego wynagrodzenia Słownie:

jednorazowo zł Słownie:

od r. do r. w wysokości: zł Słownie:

Środki ze składek proszę lokować w 100% w Funduszu Stabilna Pogodna Jesień (kod funduszu UWZ03)

III Dane uposażonych (w przypadku niewskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia)

1. %
Imię i Nazwisko / Nazwa Data i miejsce urodzenia / Regon % Świadczenia

Adres do korespondencji:
Ulica Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy

Poczta Miejscowość Kraj

2. %
Imię i Nazwisko / Nazwa Data i miejsce urodzenia / Regon % Świadczenia

Adres do korespondencji:
Ulica Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy

Poczta Miejscowość Kraj

3. %
 Imię i Nazwisko / Nazwa Data i miejsce urodzenia / Regon % Świadczenia

Adres do korespondencji:

Ulica Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy

 Poczta Miejscowość Kraj

4. %
 Imię i Nazwisko / Nazwa Data i miejsce urodzenia / Regon % Świadczenia

Adres do korespondencji:

Ulica Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy

 Poczta Miejscowość Kraj

IV Oświadczenia (wypełnia przystępujący do ubezpieczenia)

- Otrzymałem/otrzymałam i zapoznałem/zapoznałam się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki a także opłat pobieranych z tytułu umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. PZU Życie SA potwierdzi te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
- Otrzymałem i zapoznałem/Otrzymałam i zapoznałam się z Dokumentem zawierającym kluczowe informacje o grupowym ubezpieczeniu emerytalnym Pogodna Jesień. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że aktualne i archiwalne wersje Dokumentu zawierającego kluczowe informacje dostępne są na stronie pzu.pl/produkty/grupowe-ubezpieczenie-emerytalne-pogodna-jesien (zakładka KID). Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana o możliwości otrzymania nieodpłatnie, na żądanie, aktualnej wersji Dokumentu zawierającego kluczowe informacje w formie papierowej.
- Spełniam wymogi określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia do przystąpienia do ubezpieczenia.
- Potwierdzam, że otrzymałem/otrzymałam Kartę Produktu.
- W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia, w tym dotyczących: przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia lub przyczynę śmierci. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczących, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Oba upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci.
- * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
- * Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1844).
- * Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Życie SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
- * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

** 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:
 1) posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa),
 2) uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres 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 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla 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:

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 PZU 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.

- Oświadczam, że:
 - jestem podatnikiem USA**.
 - nie jestem podatnikiem USA**.
 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 aktualizacji oświadczenia 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 wypełnienia międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA a także na potrzeby realizacji obowiązków nałożonych na PZU Życie SA przez przepisy CRS dotyczących identyfikacji rezydentów podatkowych klientów. Klient ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania lub usunięcia. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- Oświadczam oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

* W przypadku zgody proszę wstawić X w pole

- 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:
 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 wymienione w wykazie opublikowanym przez Komisję Europejską, z którym Unia Europejska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowanych.
 Listę państw uczestniczących, o których mowa w lit. b-c, określa Minister Finansów w drodze obwieszczenia do 15 października każdego roku kalendarzowego.

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

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

Data podpisania Podpis ubezpieczonego Pieczęć ubezpieczającego Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Dane jednostki obsługującej ubezpieczenie: PZU Centrum Operacji SA, ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń dostępne jest do wglądu na stronie pzu.pl w części dotyczącej realacji inwestorskich.