



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Numer wniosku/polisy/świadczenia uczestnictwa/certyfikatu

# Formularz AML i rezydencji podatkowej

## Dodatkowe oświadczenia Klienta

Na podstawie ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu („AML”), a także w celu wypełnienia obowiązków nałożonych przez przepisy ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA („FATCA”) oraz ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami („CRS”\*) AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. („Towarzystwo”) zobowiązane jest do pozyskania od swoich Klientów poniższych informacji.

\* Common Reporting Standard, tj. Wspólne Reguły Raportowania – reguły wymiany danych podatkowych między państwami opracowane przez OECD.

Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami.

Jeśli dane podane poniżej różnią się od uprzednio podanych, Towarzystwo dokona ich aktualizacji.

Formularz obowiązkowy jako załącznik do wniosku o zawarcie umowy, dokupienie i wykup, jeśli ubezpieczający jest osobą prawną.

### Dane Klienta (Ubezpieczającego)

Imię i nazwisko/ Nazwa (firma)

PESEL

NIP (osoba prawna)

Adres zamieszkania/siedziby

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

Kraj

### Osoba reprezentująca Klienta<sup>1</sup>

#### Dane pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego/kuratora reprezentującego Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną

Wypełnia przedstawiciel (np. pełnomocnik) Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną.

Imię i nazwisko

PESEL

dowód osobisty

paszport

karta pobytu

Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

Obywatelstwo

polskie  inne

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

Adres zamieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

Kraj

#### Dane przedstawiciela reprezentującego Ubezpieczającego będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną

Wypełniają osoby reprezentujące (np. członkowie zarządu) Ubezpieczającego będącego osobą prawną.

Imię i nazwisko

Rodzaj reprezentacji

PESEL

Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

Imię i nazwisko

Rodzaj reprezentacji

PESEL

Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

### Beneficjent rzeczywisty<sup>2</sup> (przez beneficjenta rzeczywistego typowo rozumie się osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują nad Klientem kontrolę albo mają na niego wpływ)

Uwaga: Osoba prawna lub jednostka organizacyjna zawsze posiada beneficjenta rzeczywistego. Są nimi zazwyczaj właściciele Klienta (więcej niż 25% udziałów, akcji) lub wyjątkowo – jeśli nie da się ich ustalić – osoby nim zarządzające.

Uwaga: Zazwyczaj Klient będący osobą fizyczną nie posiada innego beneficjenta rzeczywistego, jeśli jednak go posiada, podaje jego danej poniżej.

### Dane beneficjenta rzeczywistego nr 1

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Poniższe dane podaje Klient, jeśli je zna lub jeśli występują w dokumentach, np. w odpisie z KRS.

PESEL \_\_\_\_\_  dowód osobisty  paszport  karta pobytu \_\_\_\_\_  
Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL \_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu) \_\_\_\_\_  
Obywatelstwo  polskie  inne \_\_\_\_\_

#### Adres zamieszkania

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Dane beneficjenta rzeczywistego nr 2

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Poniższe dane podaje Klient, jeśli je zna lub jeśli występują w dokumentach, np. w odpisie z KRS.

PESEL \_\_\_\_\_  dowód osobisty  paszport  karta pobytu \_\_\_\_\_  
Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL \_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu) \_\_\_\_\_  
Obywatelstwo  polskie  inne \_\_\_\_\_

#### Adres zamieszkania

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Dane beneficjenta rzeczywistego nr 3

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Poniższe dane podaje Klient, jeśli je zna lub jeśli występują w dokumentach, np. w odpisie z KRS.

PESEL \_\_\_\_\_  dowód osobisty  paszport  karta pobytu \_\_\_\_\_  
Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL \_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu) \_\_\_\_\_  
Obywatelstwo  polskie  inne \_\_\_\_\_

#### Adres zamieszkania

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Rezydencja podatkowa Klienta (Ubezpieczającego)

#### Osoba fizyczna (w tym prowadząca działalność gospodarczą, wspólnik spółki cywilnej)

Wypełnia Klient będący osobą fizyczną kupujący produkt inwestycyjny, jeśli nie złożył oświadczenia na wniośku o zawarcie umowy ubezpieczenia.  
Uwaga: Każdy wspólnik spółki cywilnej składa oświadczenie na odrębnym Formularzu w części Osoba fizyczna.

Oświadczam, że jestem podatnikiem w USA<sup>3</sup> lub innym kraju poza Polską:

- Tak (wypełnij dane poniżej)  
 Nie (jeśli oznaczono „Nie”, wypełnianie pozostałych danych w części Osoba fizyczna nie jest wymagane)

Miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Lp.	Kraj rezydencji (wskaz wszystkie właściwe)	Numer TIN <sup>4</sup>	Powód braku TIN <sup>4</sup> (prosimy wpisać)
1.		Numer: _____ Kraj nie wydał TIN <input type="checkbox"/> Klient, który zaznaczył tę opcję obowiązkowo podaje powód braku TIN.	
2.		Numer: _____ Kraj nie wydał TIN <input type="checkbox"/> Klient, który zaznaczył tę opcję obowiązkowo podaje powód braku TIN.	
3.		Numer: _____ Kraj nie wydał TIN <input type="checkbox"/> Klient, który zaznaczył tę opcję obowiązkowo podaje powód braku TIN.	

