



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Numer wniosku/polisy/świadczenia uczestnictwa/certyfikatu

Formularz AML i rezydencji podatkowej

Dodatkowe oświadczenia Klienta

Na podstawie ustawy z dnia 1 marca 2018 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.

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

Formularz jest obowiązkowy jako załącznik do wniosku o zawarcie umowy, wypłatę roszczenia i wykup, jeśli Ubezpieczający jest osobą prawną.

Klient będący osobą prawną wypełnia Formularz w całości.

Klient będący osobą fizyczną wypełnia:

a) sekcje „Dane Klienta” oraz „Osoba reprezentująca Klienta”, jeśli działa przez przedstawiciela, lub

b) sekcje „Dane Klienta” oraz „Oświadczenie osoby eksponowanej politycznie”, jeśli jest taką osobą,

c) sekcję „Dane Klienta” i inne sekcje, jeśli mają do niego zastosowanie.

Dane Klienta (Ubezpieczającego lub uprawnionego)

Imię/imiona i nazwisko/ Nazwa (firma, w tym forma organizacyjna)

PESEL NIP REGON KRS

Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (kod PKD przeważającej działalności)

Jeżeli podmiot nie posiada numeru NIP obowiązkowo wskazuje: państwo rejestracji, rejestr handlowy oraz numer i datę rejestracji

Do formularza załączono następujący dokument weryfikacyjny (dotyczy osób innych niż fizyczne):

odpis z właściwego rejestru (np. odpis z KRS) inny dokument (prosimy wskazać): _____

Adres zamieszkania/siedziby¹

Miejscowość Kod pocztowy Ulica Numer domu/lokalu Kraj

Osoba reprezentująca Klienta²

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

Wypełnia przedstawiciel (np. pełnomocnik) Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną lub prawną. Do formularza należy obowiązkowo załączyć dokument potwierdzający umocowanie (np. pełnomocnictwo).

Imię i nazwisko

PESEL Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

dowód osobisty paszport karta pobytu polskie inne Obywatelstwo Państwo urodzenia
Seria i numer dokumentu tożsamości

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 (łąčna, samodzielna)
PESEL	Państwo urodzenia
DDMMRRRR	Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

Imię i nazwisko	Rodzaj reprezentacji (łąčna, samodzielna)
PESEL	Państwo urodzenia
DDMMRRRR	Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

Beneficjent rzeczywisty³ (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 dane poniżej.

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 1

Imię i nazwisko	Obywatelstwo
PESEL	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne
DDMMRRRR	Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL
_____	Seria i numer dokumentu tożsamości
_____	Państwo urodzenia
_____	<input type="checkbox"/> dowód osobisty
_____	<input type="checkbox"/> paszport
_____	<input type="checkbox"/> karta pobytu
Adres zamieszkania	_____
Miejscowość	Kod pocztowy
_____	Ulica
_____	Numer domu/lokalu
_____	Kraj

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 2

Imię i nazwisko	Obywatelstwo
PESEL	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne
DDMMRRRR	Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL
_____	Seria i numer dokumentu tożsamości
_____	Państwo urodzenia
_____	<input type="checkbox"/> dowód osobisty
_____	<input type="checkbox"/> paszport
_____	<input type="checkbox"/> karta pobytu
Adres zamieszkania	_____
Miejscowość	Kod pocztowy
_____	Ulica
_____	Numer domu/lokalu
_____	Kraj

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 3

Imię i nazwisko	Obywatelstwo
PESEL	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne
DDMMRRRR	Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL
_____	Seria i numer dokumentu tożsamości
_____	Państwo urodzenia
_____	<input type="checkbox"/> dowód osobisty
_____	<input type="checkbox"/> paszport
_____	<input type="checkbox"/> karta pobytu
Adres zamieszkania	_____
Miejscowość	Kod pocztowy
_____	Ulica
_____	Numer domu/lokalu
_____	Kraj

W przypadku większej liczby beneficjentów prosimy wypełnić kolejny Formularz.

Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

Oświadczenie składa tylko Klient będący osobą fizyczną.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne:⁴

Tak Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Jeśli zaznaczono „Nie”, wypełnianie danych w zakresie źródeł pochodzenia majątku nie jest wymagane.

Źródła pochodzenia majątku w związku z finansowaniem umowy

Dotyczy źródła pochodzenia majątku, z którego opłacana jest składka. Wypełnia Ubezpieczający.

umowa o pracę działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód darowizna spadek wygrana losowa kredyt emerytura lub renta

inne _____ odmawiam podania

Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (kod PKD przeważającej działalności) _____

Źródła pochodzenia majątku

Dotyczy źródeł pochodzenia całego majątku. Wypełnia Ubezpieczający i uprawniony.

- umowa o pracę działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód darowizna spadek wygrana losowa kredyt emerytura lub renta
 inne _____ odmawiam podania

Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (kod PKD przeważającej działalności) _____

Rezydencja podatkowa Klienta (Ubezpieczającego)

Klient osoba fizyczna (w tym prowadząca działalność gospodarczą, wspólnik spółki cywilnej)

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

Oświadczam, że jestem podatnikiem w USA⁵ lub innym kraju poza Polską:

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

Miejsce urodzenia: _____

Miejscowość

Kraj

Seria i numer dokumentu tożsamości

Lp.	Kraj rezydencji (wskaż wszystkie właściwe)	Numer TIN ⁶	Powód braku TIN ⁶ (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.	

Klient osoba prawna/jednostka organizacyjna (wypełnia każdy Klient niebędący osobą fizyczną)

Ubezpieczający będący osobą prawną każdorazowo wypełnia oświadczenie FATCA i oświadczenie CRS, jeśli kupuje produkt inwestycyjny.
Uwaga: Spółka cywilna, kupując produkt inwestycyjny, wypełnia tylko Oświadczenie CRS.

Oświadczenie FATCA⁷

Oświadczam, że podmiot przeze mnie reprezentowany posiada następujący status w rozumieniu ustawy FATCA (należy wskazać tylko jedną z poniższych opcji):

1. podmiot niefinansowy z siedzibą poza USA o aktywnych dochodach⁸
2. podmiot niefinansowy z siedzibą poza USA o pasywnych dochodach⁹ (wypełnij dodatkowo „Formularz rezydencji beneficjenta”)
3. podatnik w USA⁵ (będący Szczególną Osobą Amerykańską¹⁰) Numer TIN _____
Informacja obowiązkowa dla podatników w USA⁵
4. podatnik w USA⁵ (niebędący Szczególną Osobą Amerykańską¹⁰)

Oświadczenie CRS

A. Oświadczam, że podmiot przeze mnie reprezentowany jest podatnikiem w innym kraju poza Polską:

- Tak (wypełnij dane poniżej) Nie (przejdź do punktu B)

Lp.	Kraj rezydencji (wskaż wszystkie właściwe)	Numer TIN ⁶	Powód braku TIN ⁶ (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.	

- B. Oświadczam, iż jestem: Aktywnym NFE⁸ Pasywnym NFE⁹ (wypełnij dodatkowo „Formularz rezydencji beneficjenta”)

