



## Formularz AML i rezydencji podatkowej

Na podstawie ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (dalej: AML) AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: Towarzystwo) zobowiązane jest do pozyskania od swoich Klientów poniższych informacji.

Klient będący osobą prawną wypełnia formularz oprócz sekcji „Obowiązkowe oświadczenie osoby fizycznej”.

Klient będący osobą fizyczną wypełnia formularz oprócz sekcji „Osoba reprezentująca Klienta”, o ile nie działa przez przedstawiciela lub pełnomocnika.

### Dane Klienta (Ubezpieczającego lub uprawnionego)

Imię/imiiona 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/siedziby<sup>1</sup> (głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej)

Miejscowość Kod pocztowy Ulica Numer domu/lokalu Kraj

### Źródła pochodzenia majątku w związku z finansowaniem umowy/składki

umowa o pracę  działalność lub majątek osoby prawnej / 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) \_\_\_\_\_

### Osoba reprezentująca Klienta

Dane pełnomocnika / przedstawiciela ustawowego / kuratora reprezentującego Ubezpieczającego (do formularza należy dołączyć dokument umocowania)

Imię i nazwisko

PESEL  dowód osobisty  paszport  karta pobytu  polskie  inne \_\_\_\_\_  
Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL Obywatelstwo Państwo urodzenia

### Dane reprezentacji zgodnej z odpisem KRS - członków zarządu lub prokurenta reprezentującego Ubezpieczającego

Imię i nazwisko Rodzaj reprezentacji (łączna, samodzielna)

PESEL  dowód osobisty  paszport  karta pobytu  polskie  inne \_\_\_\_\_  
Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL Państwo urodzenia

Imię i nazwisko Rodzaj reprezentacji (łączna, samodzielna)

PESEL  dowód osobisty  paszport  karta pobytu  polskie  inne \_\_\_\_\_  
Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL Państwo urodzenia

**Beneficjent rzeczywisty (przez beneficjenta rzeczywistego typowo rozumie się osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują nad Klientem kontrolę albo mają na niego wpływ)**

Beneficjentem rzeczywistym jest osoba fizyczna lub osoby fizyczne, które sprawują nad Klientem kontrolę albo mają na niego wpływ. W przypadku osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej zawsze występuje beneficjent rzeczywisty. Są nimi zazwyczaj właściciele Klienta (więcej niż 25% udziałów, akcji). Wyjątkowo są nimi osoby zarządzające, jeśli nie da się ustalić właścicieli.

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

**Dane beneficjenta rzeczywistego nr 1**

Obywatelstwo  polskie  inne \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Poniższe dane podaje Klient, jeśli je zna lub jeśli występują w dokumentach, np. w odpisie z KRS.  dowód osobisty  
 paszport  
 karta pobytu

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL **D D M M R R R R R R** \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

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

**Dane beneficjenta rzeczywistego nr 2**

Obywatelstwo  polskie  inne \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Poniższe dane podaje Klient, jeśli je zna lub jeśli występują w dokumentach, np. w odpisie z KRS.  dowód osobisty  
 paszport  
 karta pobytu

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL **D D M M R R R R R R** \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

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

**Dane beneficjenta rzeczywistego nr 3**

Obywatelstwo  polskie  inne \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Poniższe dane podaje Klient, jeśli je zna lub jeśli występują w dokumentach, np. w odpisie z KRS.  dowód osobisty  
 paszport  
 karta pobytu

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL **D D M M R R R R R R** \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

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

W przypadku większej liczby beneficjentów prosimy wypełnić kolejny Formularz.

**Obowiązkowe oświadczenie osoby fizycznej**

Oświadczenie dotyczy posiadania statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne. Odpowiedź „Tak” powinny zaznaczyć osoby, które zajmują znaczące stanowisko polityczne lub pełnią znaczące funkcje publiczne. Odpowiedź „Tak” powinni również zaznaczyć członkowie rodziny osoby zajmującej takie stanowisko oraz znani bliscy współpracownicy tych osób (patrz przypis nr 1).

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne:<sup>1</sup>  Tak  Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

**Źródła pochodzenia zgromadzonego majątku**

- 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)**

Prawo wymaga, abyśmy uzyskali od Ciebie poniżej ważne informacje. Ich zakres określają ustawy:

– z 9.10.2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA,

– z 9.03.2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Podatnikiem w Stanach Zjednoczonych Ameryki (USA) jest zawsze obywatel USA oraz inne osoby, które mają status rezydenta podatkowego w USA – w razie wątpliwości skontaktuj się z prawnikiem lub doradcą podatkowym.

**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 USA lub innym kraju poza Polską:

Tak (uzupełnij dane poniżej)  Nie ((nie musisz uzupełniać danych poniżej))

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości

Lp.	Kraj rezydencji (wskaz wszystkie właściwe)	Numer TIN (Tax Identification Number – jest odpowiednikiem Numeru Identyfikacji Podatkowej w kraju rezydencji)	Powód braku TIN (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 FATCA<sup>2</sup>**

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

- podmiot niefinansowy z siedzibą poza USA o aktywnych dochodach<sup>3</sup>
- podmiot niefinansowy z siedzibą poza USA o pasywnych dochodach<sup>4</sup> (wypełnij dodatkowo „Formularz rezydencji beneficjenta”)
- podatnik w USA<sup>5</sup> (będący Szczególną Osobą Amerykańską<sup>5</sup>) Numer TIN \_\_\_\_\_  
Informacja obowiązkowa dla podatników w USA
- podatnik w USA (niebędący Szczególną Osobą Amerykańską)

**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 (wskaz wszystkie właściwe)	Numer TIN	Powód braku TIN (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 NFE<sup>3</sup>  Pasywnym NFE<sup>4</sup> (wypełnij dodatkowo „Formularz rezydencji beneficjenta”)

**Oświadczenie Klienta / osoby reprezentującej Klienta**

Oświadczam, że otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych. Zobowiązuję się do aktualizacji powyżej podanych danych w terminie nie dłuższym niż 30 dni od ich zmiany.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis Klienta/osób reprezentujących Klienta

**Weryfikacja (wypełnia przedstawiciel Towarzystwa)**

Oświadczam, że dokonałem(am) weryfikacji danych podanych w niniejszym formularzu na podstawie przedstawionych dokumentów.

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Numer wewnętrzny / RAU

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis pracownika/pośrednika ubezpieczeniowego

1. Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 1.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków). Pełną definicję znajdziesz także w dokumencie „Definicja PEP” w Centrum Klienta na [axa.pl](http://axa.pl).
2. Jeśli Klient jest instytucją finansową lub Zwolnionym Uprawnionym Odbiorcą (definicja zgodna z ustawą FATCA, np. podmiot państwowy, organizacja międzynarodowa, bank centralny, fundusz emerytalny), zamiast niniejszego formularza wypełnia formularz W8.
3. Definicje zgodnie z ustawą FATCA lub ustawą CRS. Najczęściej jest to Klient z siedzibą w Polsce, prowadzący działalność usługową, handlową lub wytwórczą (działalność inna niż finansowa).
4. Definicje zgodnie z ustawą FATCA lub ustawą CRS. Najczęściej jest to Klient z siedzibą w Polsce, którego dochody pochodzą w większości z działalności finansowej (np. dywidendy, odsetki, zyski z różnic kursowych, zysk ze sprzedaży aktywów).
5. Definicje zgodnie z ustawą FATCA. Nie jest Szczególną Osobą Amerykańską w szczególności podmiot notowany na giełdzie, podmiot zwolniony z podatku na podstawie prawa USA. Szczególną Osobą Amerykańską jest najczęściej podmiot z siedzibą w USA.