MetLife

Dyspozycja przekazania kwoty świadczenia z tytułu zakończenia Umowy

Dołącz kopię dokumentu tożsamości, jeśli wypełniasz formularz bez udziału Przedstawiciela MetLife.
Wypełnij formularz drukowanymi literami.

PDW

Numer Umowy

1. Dane Ubezpieczonego / Rentobiorcy

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól w poniższej sekcji.

Nazwisko i imię

PESEL

Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL D D M M R R R R

Kraj urodzenia

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu

Data ważności dowodu osobistego / paszportu D D M M R R R R

Dowód osobisty ☐ Paszport ☐

Numer kierunkowy kraju

Telefon kontaktowy

E-mail

Adres do korespondencji*

Ulica | Nr domu | Nr mieszkania

Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj

* Adres do korespondencji dotyczy wszystkich umów Ubezpieczonego / Rentobiorcy.

Adres zamieszkania

Ulica | Nr domu | Nr mieszkania

Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj

Obywatelstwo polskie ☐ inne (jakie?)

Kraj rezydencji podatkowej* Polska ☐ inny (jaki?)

* Przez kraj rezydencji podatkowej należy rozumieć kraj, w którym podlega się opodatkowaniu od całości dochodów zgodnie z przepisami prawa wewnętrznego tego kraju, ze względu na miejsce zamieszkania lub inne kryterium o podobnym charakterze.

Prosimy uzupełnić w przypadku, gdy kraj rezydencji inny niż Polska.

Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN)

Numer TIN nie został nadany ☐

Właściciel konta / adresat (imię i nazwisko lub nazwa)

Numer konta bankowego

Nazwa Banku

Adres właściciela konta / adres do przekazu

Ulica | Nr domu | Nr mieszkania

Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj

Dane dodatkowe do wypłat w obcej walucie:

Nazwa Banku

Adres Banku

Kod BIC (SWIFT)

Waluta

2. Dyspozycja dotycząca świadczenia

W związku z przysługującą mi kwotą świadczenia z tytułu zawartej z MetLife TUnŻiR S.A. (MetLife) umowy ubezpieczenia proszę o:

a) przekazanie należnej mi kwoty w pełnej wysokości lub kwoty pozostałej po wypłacie zgodnie z punktem b)
(należy wybrać tylko jedną opcję przez zaznaczenie właściwego pola znakiem X)

☐ **przelewem na podany powyżej numer konta** ☐ **przekazem pocztowym na powyższy adres**

b) przekazanie należnej mi kwoty na poczet nowego Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia / Polisy

1) Numer Wniosku / Polisy | Kwota | Tytułem

2) Numer Wniosku / Polisy | Kwota | Tytułem

3) Numer Wniosku / Polisy | Kwota | Tytułem

c) przygotowanie i przedstawienie mi oferty wypłaty świadczenia w wybranym poniżej wariancie zgodnie z warunkami opisanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia (Warianty wypłacania świadczeń) (należy wybrać tylko jedną opcję przez zaznaczenie właściwego pola znakiem X)

Wariant 1 ☐ Wypłata kapitału po określonej liczbie lat — Prosimy podać liczbę lat

Wariant 2 ☐ Wypłata kapitału w określonych ratach — Prosimy podać wysokość raty — Raty wypłacane: ☐ a) miesięcznie ☐ b) kwartalnie ☐ c) półrocznie ☐ d) rocznie

Wariant 3 ☐ Wypłata kapitału w ratach w określonym czasie — Prosimy podać okres wypłat w latach — Raty wypłacane: ☐ a) miesięcznie ☐ b) kwartalnie ☐ c) półrocznie ☐ d) rocznie

Wariant 4 ☐ Renta dożywotnia

Wariant 5 ☐ Renta dożywotnia zagwarantowana na określony czas — Prosimy podać okres wypłat w latach

Wariant 6 ☐ Renta dożywotnia przenoszona w 60% na małżonka

Należną mi kwotę w wybranym wariancie proszę wypłacić (należy wybrać tylko jedną opcję przez zaznaczenie właściwego pola znakiem X):

☐ **przelewem na podany powyżej numer konta** ☐ **przekazem pocztowym na powyższy adres**

W przypadku Wariantu 1 „Wypłata kapitału po określonej liczbie lat", jeżeli Ubezpieczyciel do dnia wygaśnięcia Certyfikatu rentowego nie otrzyma zawiadomienia o śmierci Rentobiorcy, wypłata kapitału zostanie dokonana na rachunek bankowy Rentobiorcy podany przez niego w niniejszej Dyspozycji przekazania kwoty świadczenia z tytułu zakończenia Umowy.
W przypadku Wariantów 2-6 wysokość wypłacanej raty zostanie wyliczona z uwzględnieniem opłaty na pokrycie kosztów administracyjnych w wysokości 3% każdej raty.

Udział w zysku / Premia Nadzwyczajna z zysku od zainwestowanego kapitału będzie wypłacana raz w roku.
Pierwsze świadczenie w formie renty zostanie wypłacone nie później niż do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym przypada data wypłaty świadczenia.
Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że po wypłaceniu pierwszej raty renty wariant wypłaty świadczenia nie może ulec zmianie.
Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru przeze mnie wariantu 4, 5 lub 6 nie będzie możliwa jednorazowa wypłata pozostałej części renty dożywotniej.
Przyjmuję do wiadomości, że na podstawie niniejszego wniosku zostanie wystawiony stosowny Certyfikat rentowy.
Wyrażam zgodę na przesłanie Certyfikatu rentowego na wskazany adres e-mail. Rentobiorca Tak ☐ Nie ☐

3. Dane Współrentobiorcy (wymagane wyłącznie w przypadku wybrania Wariantu 6 wypłaty świadczenia)

Nazwisko i imię

PESEL | Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL D D M M R R R R | Kraj urodzenia

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu | Data ważności dowodu osobistego / paszportu D D M M R R R R | Dowód osobisty ☐ Paszport ☐

Numer kierunkowy kraju | Telefon kontaktowy | E-mail

Adres do korespondencji
Ulica | Nr domu | Nr mieszkania
Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj

Adres zamieszkania
Ulica | Nr domu | Nr mieszkania
Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj

Obywatelstwo polskie ☐ inne (jakie?)

Kraj rezydencji podatkowej* Polska ☐ inny (jaki?)

* Przez kraj rezydencji podatkowej należy rozumieć kraj, w którym podlega się opodatkowaniu od całości dochodów zgodnie z przepisami prawa wewnętrznego tego kraju, ze względu na miejsce zamieszkania lub inne kryterium o podobnym charakterze.

Prosimy uzupełnić w przypadku, gdy kraj rezydencji inny niż Polska.

Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN) | Numer TIN nie został nadany ☐

Numer konta bankowego

Nazwa Banku

4. Oświadczenie PEP Ubezpieczonego / Rentobiorcy oraz Współrentobiorcy

Niniejszym oświadczam, że:

Ubezpieczony / Rentobiorca jestem ☐ nie jestem ☐ Współrentobiorca jestem ☐ nie jestem ☐

osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny takiej osoby lub jej bliskim współpracownikiem, w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (PEP).

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania MetLife o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (dalej jako „PEP"). Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

Prosimy o wypełnienie odpowiednio przez Ubezpieczonego / Rentobiorcę lub Współrentobiorcę w sytuacji, gdy jest PEP.

Źródła majątku

Ubezpieczony / Rentobiorca
Współrentobiorca

5. Pozostałe oświadczenia

1. Ubezpieczony / Rentobiorca / Współrentobiorca oświadcza, że jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i zobowiązuje się do niezwłocznej aktualizacji niniejszych oświadczeń w zakresie statusu FATCA / CRS w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie utraciło ważność oraz możliwej konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji złożonego oświadczenia.

   MetLife jest zobowiązane do przekazania Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, w celu przekazania administracji podatkowej USA lub innemu właściwemu organowi państwa uczestniczącego, danych dotyczących rezydentów podatkowych USA lub innego państwa uczestniczącego (na podstawie oświadczenia, jak również w przypadku, gdy stwierdzono wobec takiej osoby przesłanki świadczące o zagranicznej rezydencji i nie zostały dostarczone wymagane dokumenty).

   Oświadczenia w zakresie rezydencji podatkowej USA lub innego państwa gromadzone są na podstawie 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 oraz ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z ww. ustaw.
2. Ubezpieczony / Rentobiorca / Współrentobiorca zobowiązuje się każdorazowo i niezwłocznie powiadomić na piśmie MetLife o zmianie swoich danych osobowych, adresu korespondencyjnego, numeru rachunku bankowego lub wymianie dokumentu tożsamości.
3. Ubezpieczony / Rentobiorca / Współrentobiorca ma prawo do dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania.
4. Ubezpieczony / Rentobiorca / Współrentobiorca przyjmuje do wiadomości, że zgodnie z Ustawą o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami MetLife uprawnione będzie do gromadzenia i przekazywania właściwym organom informacji dotyczących jego osoby.

6. Podpisy

Podpis Ubezpieczonego / Rentobiorcy

Miejscowość i data

Podpis Ubezpieczonego / Rentobiorcy

Podpis Opiekuna prawnego Ubezpieczonego / Rentobiorcy, o ile Ubezpieczony / Rentobiorca nie ukończył 18. roku życia

Podpis Współrentobiorcy

Data i podpis Współrentobiorcy (wymagane wyłącznie w przypadku wybrania Wariantu 6 wypłaty świadczenia)

Dane Opiekuna prawnego Ubezpieczonego / Rentobiorcy

Nazwisko i imię

PESEL | Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL D D M M R R R R | Obywatelstwo

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu | Data ważności dowodu osobistego / paszportu D D M M R R R R | Dowód osobisty ☐ Paszport ☐

Oświadczenie Przedstawiciela MetLife

(dotyczy sytuacji, gdy wniosek jest składany w obecności Przedstawiciela MetLife)

Potwierdzam, że powyższe podpisy zostały złożone osobiście w mojej obecności. Zweryfikowałem tożsamość ww. osób na podstawie dokumentów:

Ubezpieczony / Rentobiorca – seria i nr dowodu osobistego / paszportu

Współrentobiorca – seria i nr dowodu osobistego / paszportu

Opiekun prawny Ubezpieczonego / Rentobiorcy – seria i nr dowodu osobistego / paszportu

Tel. kontaktowy Przedstawiciela MetLife

Kod Przedstawiciela MetLife

Podpis Przedstawiciela MetLife

Objaśnienia

Definicja PEP

W rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu jako PEP określa się:

1. **osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne** – rozumie się przez to, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:
   a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
   b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
   c) członków organów zarządzających partii politycznych,
   d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
   e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
   f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
   g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
   h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
   i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
   j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej;
2. **bliskich współpracowników osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne** – rozumie się przez to:
   a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
   b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne;
3. **członków rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne** – rozumie się przez to:
   a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
   b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
   c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 50 70, e-mail: lifeinfo@metlife.pl, Internet: www.metlife.pl
MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

WS150-B21 © MetLife TUnŻiR S.A., 2021