

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Numer wniosku \_\_\_\_\_

OŚWIADCZENIE O STATUSIE FATCA	OŚWIADCZENIE O STATUSIE CRS
Osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba fizyczna wykonująca wolny zawód oraz osoba fizyczna będąca współnikiem spółki cywilnej	
Oświadczam, że jestem podatnikiem USA*.	
<b>UBEZPIECZONY</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<b>UBEZPIECZAJĄCY</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Nr TIN: _____ Numer identyfikacji podatkowej w USA (Tax Identification Number – TIN) _____	
Oświadczenie o statusie FATCA Ubezpieczającego/Ubezpieczonego w jego imieniu może złożyć także przedstawiciel ustawowy lub prawnie umocowany pełnomocnik. Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie statusu Ubezpieczającego/Ubezpieczonego jako podatnika USA w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz w razie konieczności do dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.	
<b>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</b>	

Data DD MM RR RR RR RR \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Miejscowość \_\_\_\_\_  
 Czytelny podpis Ubezpieczonego, Przedstawiciela ustawowego, Pełnomocnika \_\_\_\_\_  
 Czytelny podpis Ubezpieczającego, Przedstawiciela ustawowego, Pełnomocnika \_\_\_\_\_

Klient Instytucjonalny	Osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej
1) Oświadczam, że podmiot przeze mnie reprezentowany posiada następujący status w rozumieniu Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypięnienia międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA: (należy wskazać tylko jedną z poniższych opcji) A. <input type="checkbox"/> Podatnik USA (będący Szczególną Osobą Amerykańską) B. <input type="checkbox"/> Podatnik USA (niebędący Szczególną Osobą Amerykańską) C. <input type="checkbox"/> Raportująca/Uczestnicząca Instytucja Finansowa (zgodnie z FATCA) D. <input type="checkbox"/> Wyłączona Instytucja Finansowa (niezgodna z FATCA) E. <input type="checkbox"/> Zwolniony Uprawniony Odbiorca (podmiot non profit) F. <input type="checkbox"/> Współpracująca (nieraportująca) Instytucja Finansowa (zwolniona z FATCA) G. <input type="checkbox"/> Podmiot niefinansowy z siedzibą poza USA o aktywnych dochodach H. <input type="checkbox"/> Podmiot niefinansowy z siedzibą poza USA o pasywnych dochodach (po zaznaczeniu przejdź do pkt 2) poniżej Nr TIN: _____ Numer identyfikacji podatkowej w USA (Tax Identification Number – TIN) _____ Nr GIIN: _____ 2) Oświadczenie o statusie FATCA Beneficjenta rzeczywistego (wypełnić w przypadku zaznaczenia lit. H powyżej) Nazwisko i imię (imiona): _____ Adres zamieszkania: _____ <input type="checkbox"/> Oświadczam, że jest podatnikiem USA* <input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie jest podatnikiem USA* Nr TIN Beneficjenta rzeczywistego: _____ Numer identyfikacji podatkowej w USA (Tax Identification Number – TIN) _____ Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie statusu reprezentowanego przeze mnie podmiotu w rozumieniu Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypięnienia międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz w razie konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia. <b>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</b>	1) Oświadczam, że podmiot przeze mnie reprezentowany posiada następujący status w rozumieniu Ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami („CRS”): (należy wskazać tylko jedną z poniższych opcji) A. <input type="checkbox"/> Instytucja Finansowa B. <input type="checkbox"/> Aktywny NFE – podmiot giełdowy lub powiązany z podmiotem giełdowym C. <input type="checkbox"/> Aktywny NFE – instytucje rządowe (w tym banki centralne i organizacje międzynarodowe) D. <input type="checkbox"/> Aktywny NFE – Inne E. <input type="checkbox"/> Pasywny NFE (po zaznaczeniu przejdź do pkt 2) poniżej Podmiot przeze mnie reprezentowany posiada następujące rezydencje podatkowe (nie dotyczy USA): A. <input type="checkbox"/> Rzeczpospolita Polska B. <input type="checkbox"/> Inne kraje rezydencji podatkowej (nie dotyczy USA) Kraj rezydencji podatkowej*: _____ Numer TIN*: _____ Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN) _____ <input type="checkbox"/> Kraj rezydencji nie nadaje nr TIN 2) Oświadczenie o statusie CRS Beneficjenta rzeczywistego (wypełnia się w przypadku zaznaczenia lit. E powyżej): Nazwisko i imię (imiona): _____ PESEL _____ Data urodzenia: <u>DD</u> <u>MM</u> <u>RR</u> <u>RR</u> <u>RR</u> <u>RR</u> _____ Miejsce urodzenia: _____ Seria i numer dokumentu tożsamości: _____ Typ dokumentu tożsamości: _____ Adres zamieszkania: _____ Oświadczam, że posiada następujące rezydencje podatkowe (nie dotyczy USA): A. <input type="checkbox"/> Rzeczpospolita Polska B. <input type="checkbox"/> Inne kraje rezydencji podatkowej (nie dotyczy USA) Kraj rezydencji podatkowej*: _____ Numer TIN*: _____ Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN) _____ <input type="checkbox"/> Kraj rezydencji nie nadaje nr TIN Nazwa podmiotu kontrolowanego: _____ Zobowiązuję się poinformować o zmianie okoliczności, która ma wpływ na rezydencję podatkową reprezentowanego przeze mnie podmiotu lub Beneficjenta rzeczywistego lub powoduje, że informacje zawarte w oświadczeniu stały się nieaktualne oraz złożyć odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności. <b>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</b>

Data DD MM RR RR RR RR \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Miejscowość \_\_\_\_\_  
 Pieczętka imienna, czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Ubezpieczającego \_\_\_\_\_

Numer wniosku

**FATCA**

1. Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group jest zobowiązana do przekazania do administracji podatkowej USA (za pośrednictwem polskich organów podatkowych) danych dotyczących:

- podatników USA\*
- osób, które odmówiły złożenia oświadczenia w zakresie statusu podatnika USA\*
- osób, w przypadku których stwierdzono przesłanki świadczące o rezydencji podatkowej USA i które, na prośbę Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, nie dostarczyły dokumentów potwierdzających, że nie są podatnikami USA\*

2. Administratorem danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa.

Oświadczenie gromadzone jest na potrzeby realizacji obowiązków Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group dotyczących identyfikacji Ubezpieczających/Ubezpieczonych będących podatnikami Stanów Zjednoczonych wynikających z 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. Ubezpieczający/Ubezpieczony ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania lub usunięcia.

\* **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 liczby 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:  
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).

W przypadku większej liczby Beneficjentów rzeczywistych należy wypełnić oświadczenie o statusie FATCA znajdującej się na stronie [www.compensa.pl](http://www.compensa.pl).

**CRS**

1. Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group jest zobowiązana na podstawie Ustawy z dnia z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami („CRS”) do przekazania Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, w celu przekazania właściwemu organowi państwa uczestniczącego\*\*, danych dotyczących osób będących rezydentami w państwie uczestniczącym\*\* na podstawie prawa podatkowego tego państwa uczestniczącego\*\*.

2. Administratorem danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Oświadczenie gromadzone jest na potrzeby realizacji obowiązków Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group dotyczących identyfikacji Klientów będących rezydentami państw uczestniczących na podstawie Ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Klient ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania lub usunięcia.

\* należy uzupełnić w przypadku, gdy zaznaczono pole „B”

\*\* 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 automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowanych,
- c) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Unia Europejska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowanych wymienione w wykazie opublikowanym przez Komisję Europejską. Listę państw uczestniczących, o których mowa w lit. b) - c), ogłasza Minister Finansów w drodze obwieszczenia do dnia 15 października każdego roku kalendarzowego.

W przypadku większej liczby krajów rezydencji podatkowej lub Beneficjentów rzeczywistych należy wypełnić oświadczenie o statusie CRS znajdującej się na stronie [www.compensa.pl](http://www.compensa.pl).