Nr polisy

Formularz dotyczący wypłaty, wypłaty transferowej, zwrotu, częściowego zwrotu z IKE zawartego w ramach umowy ubezpieczenia na życie

Formularz dotyczący wypłaty, wypłaty transferowej, zwrotu z IKZE zawartego w ramach umowy ubezpieczenia na życie

Proszę wypełnić wniosek drukowanymi literami. Każda korekta dokonana w niniejszym formularzu powinna zostać potwierdzona podpisem Oszczędzającego.

Dane identyfikacyjne Oszczędzającego (Ubezpieczającego)

Imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia DD MM RRRR

Płeć[1] ☐ K ☐ M

Typ dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ karta pobytu ☐ mDowód

Seria i nr dokumentu tożsamości

Data ważności dokumentu tożsamości DD MM RRRR

Obywatelstwo

Drugie obywatelstwo

Państwo urodzenia

Adres stałego zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość/ Poczta

Kod pocztowy

Kraj

Tel. kontaktowy

E-mail

[1] Prosimy wypełnić w przypadku braku nr PESEL.

Dyspozycja dotycząca środków zgromadzonych na IKE

☐ Zwrot częściowy , zł

☐ Wypowiedzenie umowy (zwrot)

☐ Wypłata transferowa[2]

Dane instytucji przyjmującej wypłatę transferową

☐ Wypłata[3]

☐ jednorazowa

☐ w ratach miesięczna ☐ kwartalna ☐ półroczna ☐ roczna ☐ ilość rat

[2] Do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE/do programu emerytalnego, do którego przystąpił Oszczędzający.

[3] Po osiągnięciu przez Oszczędzającego 60 roku życia lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia oraz spełnieniu warunku dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 5 dowolnych latach kalendarzowych albo dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 5 lat przed dniem złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty.

Dyspozycja dotycząca środków zgromadzonych na IKZE

☐ Wypowiedzenie umowy (zwrot)

☐ Wypłata transferowa[4]

Dane instytucji przyjmującej wypłatę transferową

☐ Wypłata[5]

☐ jednorazowa

☐ w ratach[6] miesięczna ☐ kwartalna ☐ półroczna ☐ roczna ☐ ilość rat

[4] Do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKZE.

[5] Po osiągnięciu przez Oszczędzającego 65 roku życia oraz pod warunkiem dokonywania wpłat na IKZE co najmniej w pięciu latach kalendarzowych.

[6] Wypłata w ratach środków zgromadzonych przez Oszczędzającego następuje przez co najmniej 10 lat. Jeżeli wpłaty na IKZE były dokonywane przez mniej niż 10 lat, wypłata w ratach może być rozłożona na okres równy okresowi, w jakim dokonywane były wpłaty.

Dane dotyczące jednostki terenowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego

Nazwa i adres Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwego dla Oszczędzającego (konieczne w przypadku zwrotu z IKE, gdy na IKE Oszczędzającego przyjęto wypłatę transferową z PPE)

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego właściwego dla Oszczędzającego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych (konieczne w przypadku dyspozycji wypłaty IKE/IKZE lub zwrotu z IKZE)

Sposób wypłaty

Prosimy wybrać jeden ze sposobów wypłaty. W przypadku wypłaty na rachunek, adres albo polisę osoby trzeciej prosimy o podanie jej imienia i nazwiska oraz relacji z Ubezpieczającym.

☐ **Przelew na rachunek Oszczędzającego** ☐ **Przelew na rachunek osoby trzeciej**

Kod SWIFT[7] IBAN[7] Numer rachunku

Dodatkowe informacje dotyczące osoby trzeciej

Imię i nazwisko Relacja z Ubezpieczającym

[7] Pola wymagane w przypadku przelewu zagranicznego.

☐ **Zwrot na adres Oszczędzającego** ☐ **Zwrot na adres osoby trzeciej**

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość/ Poczta Kod pocztowy –

Dodatkowe informacje dotyczące osoby trzeciej

Imię i nazwisko Relacja z Ubezpieczającym

☐ **Przeksięgowanie na inną polisę Ubezpieczającego** ☐ **Przeksięgowanie na polisę osoby trzeciej**

Numer polisy

☐ na rachunek składek regularnych/ składki jednorazowej , zł ☐ na rachunek składek dodatkowych , zł

☐ na rachunek składek nieregularnych IKE , zł ☐ na rachunek składek nieregularnych IKZE , zł

Dodatkowe informacje dotyczące osoby trzeciej

Imię i nazwisko Relacja z Ubezpieczającym

Załączone dokumenty

☐ decyzja organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury (konieczne w przypadku nabycia uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia)

☐ potwierdzenie zawarcia: ☐ IKE, ☐ IKZE, ☐ przystąpienie do programu emerytalnego w innej instytucji finansowej (konieczne w przypadku wypłaty transferowej)

☐ inne .....

Oświadczenie Oszczędzającego dotyczące zwrotu z IKE

Oszczędzający oświadcza, że:

1. został pouczony, że w przypadku wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE przez którąkolwiek ze stron zwrotowi z rachunku IKE podlegają środki zgromadzone na rachunku IKE pomniejszone o należny podatek,
2. został pouczony, że w przypadku przyjęcia na IKE wypłaty transferowej z programu emerytalnego, zwrotowi podlegają środki zgromadzone na rachunku IKE pomniejszone również o kwotę stanowiącą 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego, które zostaną przekazane na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
3. został poinformowany, że w przypadku wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE przysługuje mu prawo dokonania wypłaty transferowej z rachunku IKE do innej instytucji finansowej, z którą zawarł umowę o prowadzenie IKE (dokonanie wypłaty transferowej nie jest związane z konsekwencjami, o których mowa w pkt 1 i 2).
4. w związku z wypowiedzeniem umowy o prowadzenie IKE, zapoznał się z konsekwencjami zwrotu, o których mowa w pkt 1 i 2 powyżej.

Powód zwrotu z IKE/IKZE[8]

☐ bieżące wydatki ☐ inna inwestycja ☐ odmowa odpowiedzi ☐ inny.....

[8] Prosimy wypełnić tylko w przypadku zwrotu z IKE albo zwrotu częściowego z IKE, lub zwrotu z IKZE.

Podpisy

Oświadczenie (czytelnie podpisane przez osobę upoważnioną do potwierdzania własnoręczności podpisu oraz tożsamości osoby składającej dyspozycję)

Na podstawie okazanego ważnego dokumentu tożsamości, którego dane wskazane są w części „Dane identyfikacyjne Oszczędzającego (Ubezpieczającego)" w niniejszym formularzu, potwierdzono tożsamość osoby składającej powyższe oświadczenie oraz zgodność danych zamieszczonych w oświadczeniu z danymi zawartymi w dokumencie tożsamości.

Podpis Oszczędzającego

Imię i nazwisko Podpis

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości[9]

Imię i nazwisko Podpis

Miejscowość ..... dnia DD MM RRRR

Nr rozliczeniowy Pośrednika

Tel. kontaktowy Pośrednika

[9] Osobami upoważnionymi do potwierdzania własnoręczności podpisu oraz tożsamości osoby składającej dyspozycję są Pośrednicy ubezpieczeniowi posiadający ważną umowę o współpracy z Generali Finance Sp. z o.o. lub Generali Życie T.U. S.A. oraz notariusz. Dopuszcza się możliwość potwierdzania własnoręczności podpisu przez osoby zatrudnione w Generali Finance Sp. z o.o. lub Generali Życie T.U. S.A. np. Dyrektorów Oddziałów, pracowników etatowych.