

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 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia 

DD	MM	RRRR
----	----	------

 PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Typ dokumentu tożsamości:  dowód osobisty  paszport  karta pobytu

Obywatelstwo 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Państwo urodzenia 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nr dokumentu tożsamości 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Adres stałego zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejscowość/ Poczta 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Kod pocztowy 

--	--	--	--

 Kraj 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. kontaktowy 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 E-mail 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Dyspozycja dotycząca środków zgromadzonych na IKE

Zwrot częściowy 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

, 

--	--

 zł

Wypowiedzenie umowy (zwrot)

Wypłata transferowa<sup>1)</sup>

Dane instytucji przyjmującej wypłatę transferową

--

Wypłata<sup>2)</sup>

jednorazowa

w ratach      miesięczna       kwartalna       półroczna       roczna       ilość rat 

--	--	--

<sup>1)</sup> Do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE/do programu emerytalnego, do którego przystąpił Oszczędzający.

<sup>2)</sup> 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<sup>3)</sup>

Dane instytucji przyjmującej wypłatę transferową

--

Wypłata<sup>4)</sup>

jednorazowa

w ratach<sup>5)</sup>      miesięczna       kwartalna       półroczna       roczna       ilość rat 

--	--	--

<sup>3)</sup> Do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKZE.

<sup>4)</sup> Po osiągnięciu przez Oszczędzającego 65 roku życia oraz pod warunkiem dokonywania wpłat na IKZE co najmniej w pięciu latach kalendarzowych.

<sup>5)</sup> 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 - przelew

Przelew na rachunek Oszczędzającego

Przelew do instytucji finansowej przyjmującej wypłatę transferową

Nazwa banku

Kod SWIFT<sup>®</sup>

IBAN<sup>®</sup>

Numer rachunku

(    )

<sup>®</sup> Pola wymagane w przypadku przelewu zagranicznego.

## Sposób wypłaty - przekaz

Przekaz na adres Oszczędzającego

Ulica, nr domu,  
nr mieszkania

Miejscowość/  
Poczta

Kod pocztowy

Kraj

## Sposób wypłaty - przeksięgowanie

Przeksięgowanie

polisa Generali

wniosek Generali

na rachunek składek regularnych/  
składki jednorazowej

zł

na rachunek składek dodatkowych

zł

na rachunek składek  
nieregularnych IKE

zł

na rachunek składek  
nieregularnych IKZE

zł

## 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:

- 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,
- 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,
- 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).
- w związku z wypowiedzeniem umowy o prowadzenie IKE, zapoznał się z konsekwencjami zwrotu, o których mowa w pkt 1 i 2 powyżej.

## Podpisy

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

Na podstawie okazanego 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

Nazwisko i imię  Podpis

Miejscowość  Dnia

Podpis osoby upoważnionej do potwierdzania tożsamości<sup>7)</sup>

Nazwisko i imię  Podpis

Nr rozliczeniowy Pośrednika

Tel. kontaktowy Pośrednika

<sup>7)</sup> 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.