



**o wypłatę, wypłatę w ratach, wypłatę transferową, zwrot  
lub częściowy zwrot środków z rachunku IKE**

**Instrukcja postępowania**

**Prosimy o zapoznanie się z poniższą instrukcją.**

1. Niniejszy wniosek należy wypełnić w przypadku chęci dokonania wypłaty środków z rachunku IKE.
2. W bloku "Rodzaj wypłaty" należy znakiem "X" zaznaczyć wnioskowany rodzaj wypłaty oraz podać szczegóły dotyczące wypłaty.
3. Wypełniony wniosek wraz z wymaganymi dokumentami należy przesłać na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze w godzinach od 9<sup>00</sup> do 17<sup>00</sup> pod numerem telefonu: 801 801 111 lub 22 319 0000.

**Pouczenie**

**Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. informuje, że:**

1. Zgodnie z art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (Dz.U. z 2004 roku nr 116 poz. 1205):
  - 1) zwrotowi podlegają środki zgromadzone na IKE pomniejszone o należny podatek,
  - 2) w przypadku, gdy na IKE przyjęto wypłatę transferową z programu emerytalnego, instytucja finansowa przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 dni licząc od dnia złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego,
  - 3) Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonania wypłaty transferowej.
2. Zgodnie z art. 37 ust. 1a ustawy o IKE, częściowemu zwrotowi podlegają wyłącznie środki pochodzące z wpłat na IKE, co oznacza, że środki pochodzące z transferu z PPE nie podlegają częściowemu zwrotowi. W przypadku wnioskowania o częściowy zwrot w kwocie naruszającej środki pochodzące z transferu z PPE, Ubezpieczyciel dokona wypłaty do wysokości środków pochodzących z wpłat na IKE, z zastrzeżeniem zapisów OWU.

**Dane Ubezpieczającego**

Numer polisy

Imię

Nazwisko

PESEL

NIP

Telefon

**Nazwa i adres urzędu skarbowego właściwego dla Ubezpieczającego w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych\*:**

Nazwa

Ulica

Nr domu

Nr lok.

Kod pocztowy

Miejscowość

\* W przypadku braku wypełnienia Ubezpieczyciel ma prawo wstrzymania wypłaty do dnia otrzymania wymaganych informacji.

## Rodzaj wypłaty

**Wypłata jednorazowa**

- W związku z:  ukończeniem przez Ubezpieczającego 60 roku życia  
 uzyskaniem przez Ubezpieczającego uprawnień emerytalnych i ukończeniem 55 roku życia

**Wypłata w ratach** Liczba rat \* :

- W związku z:  ukończeniem przez Ubezpieczającego 60 roku życia  
 uzyskaniem przez Ubezpieczającego uprawnień emerytalnych i ukończeniem 55 roku życia

**Wypłata transferowa**

- do innej instytucji finansowej, z którą Ubezpieczający zawarł umowę o prowadzenie IKE  
 do pracowniczego programu emerytalnego (PPE), do którego przystąpił Ubezpieczający

**Zwrot**

**Częściowy zwrot** Kwota zwrotu częściowego \*\* :  zł.

\* Liczba rat nie może być mniejsza od 2 oraz nie może przekroczyć 60.; Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmniejszenia liczby rat w przypadku, gdy wysokość oszacowanej przez Ubezpieczyciela raty jest mniejsza niż 500 zł.

\*\* Minimalna kwota częściowego zwrotu wynosi 500 zł z zastrzeżeniem, iż po dokonaniu Częściowego zwrotu wartość Rachunku IKE nie może być niższa niż 2 500 zł.

Numer rachunku bankowego do wypłaty środków:

<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

## Załączniki i podpisy

**Wymagane dokumenty:**

- W przypadku Wypłaty jednorazowej i w ratach:
  - kserokopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego,
  - decyzja organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury (w przypadku, gdy Ubezpieczający nie ukończył 60. roku życia).
- W przypadku Wypłaty Transferowej:
  - kserokopia potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKE przez inną instytucję finansową lub kserokopia potwierdzenia przystąpienia do pracowniczego programu emerytalnego,
  - kserokopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego.
- W przypadku Zwrotu i Częściowego zwrotu:
  - kserokopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego.

Oświadczam, że zostałem(am) pouczony(a) przez Ubezpieczyciela o konsekwencjach zwrotu środków zgromadzonych na IKE, które to konsekwencje wynikają z art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (Dz.U. z 2004 roku nr 116 poz. 1205) oraz o możliwości dokonania wypłaty transferowej.

Data podpisania \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczającego \_\_\_\_\_