



WNIOSEK O WYPŁATĘ RÓWNOWARTOŚCI LICZBY JEDNOSTEK UCZESTNICTWA FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO, WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA POPRAWIEZ UMORZENIE JEDNOSTEK FUNDUSZY I WYPŁATĘ ŚRODKÓW („Wniosek”)

Instrukcja postępowania:

1. Niniejszy Wniosek należy wypełnić w przypadku chęci dokonania wypłaty równowartości liczby Jednostek Uczestnictwa Funduszu Kapitałowego z Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Kapitałowym „program VIP” lub chęci dokonania wypłaty Świadczenia poprzez Umorzenie wszystkich Jednostek funduszy zewidencjonowanych na Rachunku i wypłatę środków z Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Kapitałowym "Program Kontynuacja" („Wypłata”).
2. Wypełniony Wniosek wraz z wymaganymi dokumentami należy przesać pod adres email: swiadczenia@cardif.pl lub pod adres:

Cardif, Dział Obsługi Świadczeń, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu Wniosku lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9.00 do 17.00 pod numerem telefonu +48 22 319 00 00 lub +48 801 801 111.

Dane Ubezpieczonego/ Ubezpieczającego

Numer polisy	
Imię i nazwisko	
PESEL	

Dane składającego Wniosek, uprawnionego do otrzymania Wypłaty (Ubezpieczający/Ubezpieczony/Uposażony)

Imię i nazwisko	
PESEL	
Rodzaj dokumentu tożsamości	
Nr dokumentu tożsamości	

Nazwa i adres urzędu skarbowego właściwego dla składającego Wniosek, uprawnionego do otrzymania Wypłaty (Ubezpieczający/Ubezpieczony/Uposażony) w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych*

Nazwa			
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	
Ulica			

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

Adres zamieszkania składającego Wniosek, uprawnionego do otrzymania Wypłaty (Ubezpieczający/Ubezpieczony/Uposażony)

Miejscowość	Nr budynku	
Kod pocztowy	Nr lokalu	
Ulica		
Poczta		
Kraj		
Województwo		

Powiat	
Gmina	

Dane kontaktowe składającego Wniosek, uprawnionego do otrzymania Wypłaty (Ubezpieczający/Ubezpieczony/Uposażony)

Telefon	
E-mail	

Numer rachunku bankowego, na który ma zostać dokonana Wypłata

[illegible]

Wymagane dokumenty

- ☐ kserokopia dokumentu stwierdzającego tożsamość składającego Wniosek, uprawnionego do otrzymania Wyплаты (Ubezpieczający/Ubezpieczony/Uposażony)

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych zawartych we Wniosku jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa (dalej zwane Cardif).
- Cardif przetwarza Pani/Pana dane osobowe w celu Wypłaty, wykonania ciążących na Cardif obowiązków prawnych oraz w uzasadnionym interesie Cardif takim jak rozpatrzenia niniejszego Wniosku, zapewnienia rozliczalności i archiwizacji danych przez okres wskazany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa
- Więcej informacji o zasadach przetwarzania danych osobowych w Cardif oraz przysługujących Pani/u prawach znaleźć może Pani/Pan w informacji „Cele i zasady przetwarzania danych osobowych” na stronie internetowej www.cardif.pl w zakładce „Ochrona Danych Osobowych”.

Oświadczenia

Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym Wniosku dane są prawdziwe i aktualne. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania Wniosku.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych, zawartymi w powyższej informacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez Cardif.

Zostałam/Zostałem poinformowana/poinformowany, że podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne oraz że przysługuje mi prawo dostępu do ich treści i prawo do ich poprawiania.

Data ____ / ____ / ____

Czytelny podpis składającego Wniosek, uprawnionego
do otrzymania Wyплаты
(Ubezpieczający/Ubezpieczony/Uposażony)

*Rozporządzenie - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

Informacja o zmianie zasad dotyczących opodatkowania dochodów z umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (dalej: „U FK”)

Informujemy, że na podstawie przepisów ustawy o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług oraz niektórych innych ustaw z dnia 26 maja 2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 1059) **od 1 stycznia 2024 r. weszły w życie nowe zasady dotyczące opodatkowania dochodów uzyskanych od 1 stycznia 2024 r. z umów ubezpieczenia na życie z U FK**. Do końca 2023 r., to zakład ubezpieczeń (Cardif) ustalał, czy powstał dochód oraz kalkulował i odprowadzał zryczałtowany PIT 19% do urzędu skarbowego. **Od 1 stycznia 2024 r. to klient obowiązany jest samodzielnie złożyć zeznanie podatkowe i odprowadzić ewentualny podatek do urzędu skarbowego - czyli obowiązany jest samodzielnie rozliczyć PIT na podstawie przekazanej przez Cardif informacji PIT-8C (z umowy ubezpieczenia z U FK)**. Analogiczną informację PIT-8C otrzyma również urząd skarbowy właściwy dla klienta. **Na podstawie danych otrzymanych od Cardif w informacji PIT-8C, klient będzie musiał samodzielnie rozliczyć podatek poprzez złożenie zeznania PIT-38.**