



* 8 1 6 5 0 7 0 1 *



[Redacted box]

Pieczęć wpływu do placówki przyjmującej zgłoszenie

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA KAPITAŁOWO-INWESTYCYJNEGO

Proszę wypełnić wniosek dużymi drukowanymi literami.

I Dane umowy

Nazwa ubezpieczenia [Redacted box]

Nr umowy [Redacted box] Nr rachunku udziałów (dotyczy ubezpieczeń z funduszem) [Redacted box]

II Dane zgłaszającego

Ubezpieczony/Oszczędzający Ubezpieczający (gdy jest inną osobą niż ubezpieczony) Uposażony Pełnomocnik

[Redacted box]

Nazwisko/Nazwa

[Redacted box]

Pierwsze imię

Drugie imię

[Redacted box]

[Redacted box]

[Redacted box]

Data urodzenia

Pesel

Regon (w przypadku firmy)

Typ dokumentu tożsamości dowód tożsamości paszport karta pobytu prawo jazdy Seria i numer [Redacted box]

Adres korespondencyjny

[Redacted box]

Miejscowość

[Redacted box]

Ulica

[Redacted box]

Nr domu

Nr lokalu

[Redacted box]

Kod pocztowy

Poczta

[Redacted box]

[Redacted box]

Kraj

Obywatelstwo

[Redacted box]

Telefon kontaktowy

[Redacted box]

E-mail (w przypadku wpisania adresu e-mail, proszę wypełnić część VII pkt 4 formularza)

III Dane ubezpieczonego (należy wypełnić, gdy ubezpieczony jest inną osobą niż zgłaszający)

[Redacted box]

Nazwisko

[Redacted box]

Pierwsze imię

Drugie imię

[Redacted box]

[Redacted box]

Data urodzenia

Pesel

IV Przedmiot wniosku – nie dotyczy IKE PZU Życie/PZU IKZE i PPE

Wnioskuję o wypłatę zobowiązania z tytułu (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

wykupu ubezpieczenia / całkowitego wykupu wartości rachunku udziałów¹
 wykupu częściowego¹ % wartości rachunku udziałów w kwocie [Redacted box] zł w kwocie maksymalnie możliwej
 zakończenia okresu ubezpieczenia/osiągnięcia wieku emerytalnego
 inne [Redacted box]

¹ Wnioskowana wartość wykupu jest wartością brutto, od której zostanie potrącona opłata likwidacyjna i podatek dochodowy od osób fizycznych.

V Przedmiot wniosku – dotyczy IKE PZU Życie/PZU IKZE i PPE

Wnoszę o (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> wypłatę jednorazową	<input type="checkbox"/> wypłatę w ratach <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (proszę wpisać liczbę rat)	
<input type="checkbox"/> zwrot całkowity	<input type="checkbox"/> zwrot częściowy w kwocie <input type="text"/> zł (nie dotyczy PPE/IKZE)	
W przypadku wypłaty z IKE PZU Życie / wypłaty lub zwrotu z PZU IKZE należy wypełnić nazwę i adres urzędu skarbowego właściwego dla oszczędzającego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych		
<input type="text"/>		
Nazwa i adres urzędu skarbowego właściwego dla oszczędzającego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych		
<input type="checkbox"/> wypłatę transferową na IKE	<input type="checkbox"/> wypłatę transferową na IKZE	<input type="checkbox"/> wypłatę transferową do innego PPE
<input type="text"/>		
Dane instytucji przyjmującej wypłatę transferową		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr rachunku bankowego instytucji przyjmującej środki z wypłaty transferowej		
W przypadku dyspozycji wypłaty transferowej z IKE PZU ŻYCIE, jeżeli istnieje rachunek dodatkowy, proszę wypełnić część VI formularza.		
Przeniesienie środków z rachunku dodatkowego na rachunek IKE PZU ŻYCIE <input type="checkbox"/> corocznie <input type="checkbox"/> jednorazowo		
Wypłatę z rachunku dodatkowego (dotyczy IKE PZU Życie) <input type="checkbox"/> częściową w kwocie <input type="text"/> zł <input type="checkbox"/> w całości		

VI Sposób wypłaty

W przypadku wypłaty zobowiązania na więcej niż dwie części, sposób wypłaty należy określić w załączniku do formularza

<input type="checkbox"/> Sposób wypłaty określony w załączniku					
a) <input type="checkbox"/> w całości	b) <input type="checkbox"/> w części: <input type="checkbox"/> w kwocie <input type="text"/> zł <input type="checkbox"/> w procencie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %				
Przelewem na rachunek bankowy nr					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(w przypadku wpłaty na poczet składki z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowo należy wpisać nazwę ubezpieczenia i nr wniosku)					
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> inne <input type="text"/>				
Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku					
<input type="checkbox"/> pozostałą część przelewem na rachunek bankowy nr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(w przypadku wpłaty na poczet składki z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowo należy wpisać nazwę ubezpieczenia i nr wniosku)					
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> inne <input type="text"/>				
Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku					

VII Oświadczenie zgłaszającego

Oświadczam, że:

- Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, że administratorem moich danych osobowych jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa oraz o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.
- Dane osobowe zawarte w niniejszym formularzu będą przetwarzane przez PZU Życie SA, z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, w związku z wykonywaniem zadań wynikających z ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
- Wyrażam zgodę na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia zgodnie ze złożonym przez ubezpieczającego wnioskiem.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego zobowiązania za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

Oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Zwrot z rachunku IKE/zwrot z rachunku IKZE – dodatkowe oświadczenie

Wypowiadam umowę o prowadzenie IKE/Wypowiadam umowę o prowadzenie IKZE oraz oświadczam, że:

- Nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej.
- Zostałem pouczony/zostałam pouczona, że zwrotowi z rachunku IKE podlegają środki pomniejszone o należny podatek od dochodów kapitałowych (dotyczy IKE).
- Zostałem pouczony/zostałam pouczona, że w przypadku przyjęcia na IKE wypłaty transferowej z PPE przy zwrocie z rachunku IKE wypłacone środki są pomniejszane o 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do PPE, które zostaną przekazane do ZUS (dotyczy IKE).
- Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, że w przypadku wypowiedzenia umowy przystępu-

je mi prawo dokonania wypłaty transferowej z rachunku IKE/rachunku IKZE do innej instytucji finansowej, z którą zawarę umowę o prowadzenie IKE/o prowadzenie IKZE (dokonanie wypłaty transferowej nie powoduje negatywnych konsekwencji określonych w ww. pkt 2 i 3).

- Zostałem pouczony/zostałam pouczona, że uzyskana z tytułu zwrotu z IKZE kwota będzie opodatkowana wg obowiązującej w momencie wypłaty skali podatkowej.

Wypuk częściowy z ubezpieczenia Pogodna Jesień – dodatkowe oświadczenie

Zapoznałem/Zapoznałam się z aktualnym Dokumentem zawierającym kluczowe informacje o grupowym ubezpieczeniu emerytalnym Pogodna Jesień dostępnym na stronie www.pzu.pl/produkty/grupowe-ubezpieczenie-emerytalne-pogodna-jesien (zakładka KID). Jestem świadomy/świadoma, że aktualne i archiwalne wersje Dokumentu zawierającego kluczowe informacje dostępne są na stronie www.pzu.pl/produkty/grupowe-ubezpieczenie-emerytalne-pogodna-jesien (zakładka KID). Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana o możliwości otrzymania nieodpłatnie, na żądanie, aktualnej wersji Dokumentu zawierającego kluczowe informacje w formie papierowej.

Wypuk częściowy z ubezpieczenia Cel na Przyszłość – dodatkowe oświadczenie

Zapoznałem/Zapoznałam się z aktualnym Dokumentem zawierającym kluczowe informacje o indywidualnym ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi PZU Cel na Przyszłość (kod warunków FRIP42). Jestem świadomy/świadoma, że aktualne i archiwalne wersje Dokumentu zawierającego kluczowe informacje wraz z Załącznikami do tego dokumentu dostępne są na stronie www.pzu.pl/produkty/cele_na_przyszlosc (zakładka KID). Zostałem poinformowany/poinformowana o możliwości otrzymania nieodpłatnie, na żądanie, aktualnej wersji Dokumentu zawierającego kluczowe informacje i Załączników do tego Dokumentu w formie papierowej.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Czytelny podpis zgłaszającego

VIII Reklamacje

Reklamacja może być złożona:

- w jednostce PZU obsługującej klientów: osobiście (w formie pisemnej lub ustnie) lub telefonicznie, dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora).
- przesyłką pocztową zgodnie z obowiązującą ustawą o Prawie Pocztowym, pisząc na adres: PZU Życie SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji)

- w formie elektronicznej wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.

Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w formie papierowej w terminie do 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

IX Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia

<input type="text"/>	<input type="text"/>
NEPU/NIK	Numer telefonu osoby przyjmującej zgłoszenie
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data przyjęcia zgłoszenia	Pieczętka imienna i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

² Zgoda wymagana w przypadku wypowiedzenia umowy z ubezpieczeń posagowych zawartych na podstawie Postanowień Dodatkowych. Wypełnia pełnoletnie uposażone dziecko.