RESET DRUKUJ ZAPISZ

ZLECENIE ODKUPIENIA Z IKZE/IKE PROWADZONEGO W RAMACH PROGRAMU IKZE/IKE W FUNDUSZU inPZU FIO

Proszę wybrać produkt: ☐ IKE ☐ IKZE

Nr rejestru ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Rodzaj zlecenia

Należy zaznaczyć tylko jeden kwadrat.

☐ **WYPŁATA** ☐ **WYPŁATA W RATACH** ☐ **ZWROT**

☐ **WYPŁATA TRANSFEROWA** ☐ **CZĘŚCIOWY ZWROT Z IKE**

I Dane Oszczędzającego

Imię ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nazwisko ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data urodzenia D D - M M - R R R R PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

II Dane Osoby Uprawnionej lub Spadkobiercy (należy wypełnić w przypadku śmierci Oszczędzającego)

Imię ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nazwisko ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data urodzenia D D - M M - R R R R PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania:

Ulica ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nr domu ☐☐☐☐ Nr lokalu ☐☐☐☐

Miejscowość ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Kod pocztowy ☐☐ – ☐☐☐ Kraj ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tel. kontaktowy ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (numer telefonu zbierany jest tylko w celu ułatwienia realizacji zlecenia)

III Dane identyfikacyjne osoby składającej zlecenie

☐ Oszczędzający ☐ Pełnomocnik ☐ Osoba Uprawniona ☐ Spadkobierca

☐ Przedstawiciel Ustawowy Osoby Uprawnionej, Spadkobiercy

Imię ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nazwisko ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data urodzenia D D - M M - R R R R PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Obywatelstwo ☐ Polskie ☐ Inne: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Typ dokumentu tożsamości ☐ Dowód Osobisty ☐ Paszport ☐ Karta Pobytu ☐ mDowód Seria i numer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data ważności dokumentu tożsamości D D - M M - R R R R

Osoby posiadające miejsce zamieszkania poza Rzeczpospolitą Polską podają imię ojca, imię matki, miejsce swojego urodzenia

Imię ojca ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Imię matki ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Miejsce urodzenia (miejscowość) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IV Adres zamieszkania osoby składającej zlecenie (należy wypełnić jeśli składającym jest Przedstawiciel Ustawowy Osoby Uprawnionej lub Pełnomocnik)

Ulica ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nr domu ☐☐☐☐ Nr lokalu ☐☐☐☐

Miejscowość ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Kod pocztowy ☐☐ – ☐☐☐ Kraj ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tel. kontaktowy ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Oryginał – dla Agenta Transferowego, kopia – dla osoby przyjmującej zlecenie, kopia – dla osoby składającej zlecenie

V Proszę o dokonanie Wypłaty Transferowej z:

a) IKE: ☐ do innego IKE, ☐ do PPE Oszczędzającego,
☐ do OIPE Oszczędzającego, ☐ do IKE lub PPE Spadkobiercy lub Osoby Uprawnionej.

Prosimy o załączenie kopii oryginału potwierdzenia zawarcia umowy IKE/PPE/OIPE (poświadczonej za zgodność z oryginałem).
Pouczenie: Wypłata Transferowa z IKE Oszczędzającego na Subkonto OIPE jest możliwa wyłącznie w przypadku, jeżeli z IKE nie były dokonywane Częściowe Zwroty oraz nie była dokonana (Przyjęta) Wypłata Transferowa z programu emerytalnego (PPE).

b) IKZE: ☐ do innego IKZE, ☐ do IKZE Spadkobiercy lub Osoby Uprawnionej.

Prosimy o załączenie kopii oryginału potwierdzenia zawarcia umowy IKZE (poświadczonej za zgodność z oryginałem).

Dane instytucji przyjmującej wypłatę transferową (nazwa i adres)

Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać środki:

VI Proszę o Wypłatę należnych środków zgromadzonych w:

a) IKE w związku z:

☐ wnioskiem Oszczędzającego, po osiągnięciu wieku 60 lat,

☐ wnioskiem Oszczędzającego, po ukończeniu 55. roku życia, po nabyciu wcześniejszych uprawnień emerytalnych,

☐ śmiercią Oszczędzającego – na rzecz Osoby Uprawnionej lub Spadkobiercy.

b) IKZE w związku z:

☐ wnioskiem Oszczędzającego, po osiągnięciu wieku 65 lat,

☐ śmiercią Oszczędzającego – na rzecz Osoby Uprawnionej lub Spadkobiercy.

VII Proszę wypełnić poniższe pola w przypadku Wypłaty w ratach

częstotliwość wypłaty ☐ miesięczna liczba rat

Wypłata w ratach środków zgromadzonych na IKZE następuje przez co najmniej 10 lat (120 rat).
Jeżeli wpłaty na IKZE były dokonane przez mniej niż 10 lat, wypłata w ratach może być rozłożona na okres równy okresowi w jakim dokonywane były wpłaty.

VIII Proszę o dokonanie Częściowego Zwrotu z IKE

kwota Częściowego Zwrotu ,

Minimalna kwota Częściowego Zwrotu nie może być niższa niż określona w Regulaminie Programu IKZE/IKE w funduszu inPZU FIO.
Oszczędzający może wystąpić o Częściowy Zwrot pod warunkiem, że środki te pochodziły z wpłat na IKE.
Złożenie zlecenia Częściowego Zwrotu nie powoduje wypowiedzenia Umowy o IKE.
Środki z Częściowego Zwrotu zostaną pomniejszone o należny podatek od dochodów kapitałowych.

IX Dane Naczelnika Urzędu Skarbowego

Należy podać nazwę właściwego Naczelnika Urzędu Skarbowego dla Oszczędzającego, Osoby Uprawnionej lub Spadkobiercy w przypadku składania zlecenia Wypłaty, Wypłaty w ratach z IKE lub Wypłaty, Wypłaty w ratach, Zwrotu z IKZE.
Brak informacji o właściwym Naczelniku Urzędu Skarbowego uniemożliwi realizację zlecenia.

Oryginał – dla Agenta Transferowego, kopia – dla osoby przyjmującej zlecenie, kopia – dla osoby składającej zlecenie

X Forma Wypłaty, Zwrotu, Częściowego Zwrotu z IKE

Sposób odbioru środków z odkupienia jednostek uczestnictwa: przelew na rachunek bankowy.

Beneficjent rachunku bankowego na który przekazane będą środki pieniężne/osoba odbierająca środki to

☐ Oszczędzający ☐ Osoba Uprawniona

☐ Spadkobierca ☐ Przedstawiciel Ustawowy Osoby Uprawnionej, Spadkobiercy

Numer rachunku bankowego, na który zostaną przekazane środki z odkupienia jednostek uczestnictwa:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

XI Oświadczenia

1) Dla zlecenia Zwrotu z IKE, wypowiadam Umowę o prowadzenie IKE oraz oświadczam że:
   a) nie zachodzą przesłanki do Wypłaty lub Wypłaty Transferowej,
   b) zostałem/am pouczony/a, że podlegające Zwrotowi środki, pomniejszone zostaną o należny podatek od dochodów kapitałowych,
   c) zostałem/am pouczony/a, że w przypadku przyjęcia na IKE Wypłaty Transferowej z pracowniczego programu emerytalnego, przy Zwrocie wypłacane środki są pomniejszone o 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do PPE, które zostaną przekazane do ZUS.
   d) zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wypowiedzenia Umowy o IKE przysługuje mi prawo dokonania Wypłaty Transferowej do innej instytucji finansowej, z którą zawrę umowę o prowadzenie IKE (dokonanie Wypłaty Transferowej nie powoduje negatywnych konsekwencji określonych w lit. b) i c) powyżej).
2) Dla zlecenia Zwrotu z IKZE, wypowiadam Umowę o prowadzenie IKZE oraz oświadczam że:
   a) nie zachodzą przesłanki do Wypłaty lub Wypłaty Transferowej,
   b) zostałem/am pouczony/a, że uzyskana z tytułu Zwrotu z IKZE kwota jako przychód z innych źródeł podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych.
   c) zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wypowiedzenia Umowy o IKZE przysługuje mi prawo dokonania Wypłaty Transferowej do innej instytucji finansowej, z którą zawrę umowę o prowadzenie IKZE.
3) Dla zlecenia Wypłaty z IKZE oświadczam że:
   zostałem/am pouczony/a, że podlegające Wypłacie środki, podlegają opodatkowaniu zryczałtowanym podatkiem dochodowym w wysokości 10%.

Oświadczam że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych zamieszczoną na końcu formularza.
Posiadam aktualne informacje dotyczące Dystrybutora oraz usługi świadczonej przez Dystrybutora, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie postępowania podmiotów prowadzących działalność w zakresie pośrednictwa w zbywaniu i odkupywaniu jednostek uczestnictwa oraz tytułów uczestnictwa, a także doradztwa inwestycyjnego w odniesieniu do takich instrumentów.

XII Dane identyfikacyjne osoby przyjmującej zlecenie

Imię ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nazwisko ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Identyfikator ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Godzina i data złożenia zlecenia GG-MM DD-MM-RRRR Numer zlecenia NRDDMMRR

Podpis składającego zlecenie	Pieczęć POK	Podpis i pieczęć imienna osoby przyjmującej zlecenie

Formularz przyjęty poza punktem obsługi Dystrybutora i przesyłany drogą korespondencyjną w celu prawidłowej identyfikacji Oszczędzającego musi być opatrzony podpisem poświadczonym notarialnie.

RESET DRUKUJ ZAPISZ

Oryginał – dla Agenta Transferowego, kopia – dla osoby przyjmującej zlecenie, kopia – dla osoby składającej zlecenie

Informacje Administratora

Administratorem przekazanych danych osobowych jest Fundusz zarządzany przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna („Towarzystwo") z siedzibą w Warszawie, Rondo Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.

Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych (IOD) w Funduszu i Towarzystwie: e-mail IODtfi@pzu.pl, tel. +48 22 582 45 43.

Przekazane dane osobowe przetwarzane będą w celu:

- realizacji zlecenia odkupienia (wypłaty) z Funduszu na podstawie posiadanych uprawnień do dysponowania środkami zgromadzonymi przez uczestnika Funduszu;
- do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych osobowych wynikających m.in. z ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi, ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczpospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami;
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń przez Fundusz – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Funduszu; uzasadnionym interesem Funduszu jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń.

Podane dane osobowe są niezbędne w celu umożliwienia realizacji praw albo obowiązków, o których mowa w powyżej wskazanych aktach prawnych. Konsekwencją niewyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych będzie uniemożliwienie Funduszowi i Towarzystwu realizacji uprawnień albo obowiązków przewidzianych w powyżej wskazanych aktach prawnych.

Odbiorcą przekazanych danych osobowych będą podmioty, z którymi Fundusz albo Towarzystwo zawarły stosowną umowę o powierzenie przetwarzania danych osobowych celem wypełnienia ciążących na administratorze danych osobowych obowiązków prawnych, takie jak: agent transferowy prowadzący rejestr uczestników Funduszu, dystrybutorzy jednostek uczestnictwa, podmioty świadczące usługi księgowe, informatyczne oraz usługi marketingowe na rzecz Towarzystwa i Funduszu, biegli rewidenci w związku z audytem sprawozdań finansowych Towarzystwa i Funduszu.

Przekazane dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Przekazane dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 lat od ustania uczestnictwa w Funduszu albo przez okres niezbędny do wypełniania obowiązków prawnych ciążących na Funduszu, a także dochodzenia i obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia ewentualnych roszczeń.

Posiadam prawo dostępu do treści przekazanych danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przeniesienia danych, prawo wniesienia sprzeciwu w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.

Przysługuje mi uprawnienie wniesienia skargi do właściwego organu, gdy uznam, iż przetwarzanie przekazanych danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.