



**WNIOSEK
O WYPŁATĘ, WYPŁATĘ TRANSFEROWĄ,
CZĘŚCIOWY ZWROT LUB ZWROT
ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA IKE,
BĄDŹ O WYPŁATĘ WARTOŚCI
DODATKOWEGO RACHUNKU
JEDNOSTEK FUNDUSZY, BĄDŹ O
WYPOWIEDZENIE UMOWY O
PROWADZENIE IKE**

Pieczęć oddziału SKOK

POUCZENIE

Zgodnie z wymogiem art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego (t.j. Dz.U. z 2016 poz. 1776 z późn. zmianami), SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA informuje, że:

- 1) zwrotowi podlegają środki zgromadzone na IKE pomniejszone o należny podatek,
- 2) w przypadku gdy na IKE oszczędzającego przyjęto wypłatę transferową z programu emerytalnego, instytucja finansowa przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 dni, licząc od dnia złożenia przez oszczędzającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego,
- 3) oszczędzającemu przysługuje prawo do wypłaty transferowej, zgodnie z § 28 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym – Indywidualne Konto Emerytalne.

DANE OSZCZĘDZAJĄCEGO

Imię i nazwisko	PESEL
Oznaczenie i adres urzędu skarbowego właściwego dla Oszczędzającego w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych	NIP
.....	Numer IKE

DANE UPRAWNIONEGO (nie wypełniać, jeżeli wnioskodawcą jest Oszczędzający)

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu.....	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	NIP
Data urodzenia.....	Seria i numer dowodu osobistego
Miejsce urodzenia	Seria i numer innego dokumentu tożsamości
Obywatelstwo	

DYSPOZYCJA DOTYCZY (prosimy zaznaczyć właściwe pole)

<input type="checkbox"/> wypłaty transferowej z Towarzystwa prowadzącego IKE Oszczędzającego do:	<input type="checkbox"/> wypłaty ¹
<input type="checkbox"/> innej instytucji finansowej z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE	<input type="checkbox"/> wypłaty w ratach - proszę wpisać kwotę raty oraz częstotliwość jej wypłaty (np. miesięczna / kwartalna) w tabeli poniżej ^{1,2}
<input type="checkbox"/> programu emerytalnego, do którego przystąpił Oszczędzający	<input type="checkbox"/> zwrotu ¹
<input type="checkbox"/> na IKE osoby uprawnionej albo do programu emerytalnego, do którego uprawniony przystąpił	<input type="checkbox"/> zwrotu częściowego (proszę wpisać kwotę w tabeli poniżej) ¹
	<input type="checkbox"/> wypłaty z Dodatkowego Rachunku Jednostek Funduszy (proszę wpisać kwotę w tabeli poniżej) ^{1, 3}
	<input type="checkbox"/> wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE

¹ wypłata (w tym wypłata w ratach), zwrot, zwrot częściowy oraz wypłata z Dodatkowego Rachunku Jednostek Funduszy w okresie pierwszych dwunastu miesięcy od daty zawarcia umowy o prowadzenie IKE obciążana jest dodatkową opłatą likwidacyjną wynoszącą 50% środków podlegających Wypłacie, Wypłacie Transferowej, Zwrotowi, Zwrotowi Częściowemu lub wypłacie środków z Dodatkowego Rachunku Jednostek Funduszy;

² Wypłata w ratach nie może następować w okresach krótszych niż jeden miesiąc.

³ Kwota podlegająca wypłacie pomniejszana jest o należny podatek oraz opłatę likwidacyjną z zastrzeżeniem § 26 ust. 3 OWU.

W przypadku wypłaty w ratach / zwrotu częściowego / wypłaty z Dodatkowego Rachunku Jednostek Funduszy prosimy o jednoznaczne określenie w poniższym polu dyspozycji dotyczącej wypłaty oraz o dołączenie do formularza wskazanych w OWU dokumentów niezbędnych do realizacji wnioskowanego świadczenia (§ 28 ust. 2 pkt 1 lub 2 OWU):

Kwota raty / kwota zwrotu częściowego *	Ilość rat	Częstotliwość wypłaty
..... zł		<input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna

PROSZĘ O DOKONANIE ZWROTU, ZWROTU CZĘŚCIOWEGO, WYPŁATY, WYPŁATY RATY, WYPŁATY TRANSFEROWEJ, WYPŁATY Z DODATOWEGO RACHUNKU JEDNOSTEK FUNDUSZY *

przelewem na konto (*nazwa banku*)

przekazem pocztowym na adres

Imię i nazwisko odbiorcy

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (wypełnić w przypadku, jeśli właściciel konta jest inną osobą niż Oszczędzający lub uprawniony, nie wypełniać w przypadku wypłaty transferowej)

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu.....	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	NIP
Data urodzenia.....	Seria i numer dowodu osobistego
Miejsce urodzenia	Seria i numer innego dokumentu tożsamości
Obywatelstwo	

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a konsekwencji wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 §1 kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze złożeniem niniejszego wniosku są prawdziwe.

Miejscowość i data	Czytelny podpis
--------------------	-----------------

Oświadczam, że zapoznałem się i jestem świadom konsekwencji dokonania wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE i dokonania zwrotu środków zgromadzonych na IKE (pkt 1 i 2 pouczenia), które to konsekwencje wynikają z art. 37 ust.7 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (t.j.Dz.U. z 2016 poz.1776 z późn. zmianami).

Miejscowość i data	Czytelny podpis
--------------------	-----------------

(wypełnia uprawniony pracownik SKOK wysyłający faksem dyspozycję)

Potwierdzenie przyjęcia wniosku

Imię i nazwisko	Kod pracownika	Pieczęć i podpis
Adres e-mail / telefon kontaktowy		

ZAŁĄCZNIKI:

dowód osobisty

inny dokument tożsamości

Numer faksu do SALTUS TU ŻYCIE SA – 58 550 97 29

* niepotrzebne skreślić