|  |
| --- |
| **ZLECENIE WYPŁATY/ZWROTU Z INDYWIDUALNEGO KONTA EMERYTALNEGO (IKE)** |
|  |
| 3 | 7 | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|  |  |  | Numer uczestnictwa |  |  |  |  | Numer zlecenia | Data zlecenia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zlecenie** |
|  |  |
|  | Wypłaty Transferowej środków zgromadzonych na IKE |
|  | Wypłaty środków zgromadzonych na rachunku IKE z tytułu nabycia uprawnień emerytalnych |
|  | Zwrotu środków zgromadzonych na rachunku IKE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Dane Uczestnika**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię i nazwisko: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia: |  | Miejsce urodzenia: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pesel: |  | Obywatelstwo: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dowód osobisty: |  | Paszport: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data ważności dokumentu: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Status dewizowy: |  | Rezydent |  | Nierezydent |  | Kod kraju |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres stały: |
|  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica, numer domu/ lokalu: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kraj: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Wypłata Transferowa środków zgromadzonych na IKE**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizacja Wypłaty transferowej środków zgromadzonych na rachunku IKE do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE lub do programu emerytalnego do którego przystąpił Oszczędzający, następuje po dostarczeniu do Caspar Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych potwierdzenia zawarcia odpowiedniej umowy z inną instytucją finansową. Do zlecenia należy dołączyć kopię potwierdzenia otwarcia IKE lub programu emerytalnego w instytucji, do której przystąpił Oszczędzający. Wypłata nastąpi w ciągu 14 dni od dnia złożenia zlecenia. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa ww. Instytucji:  |
|

|  |
| --- |
|  |

 |
|  |
| Numer rachunku bankowego do realizacji Wypłaty Transferowej: |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 58a ppkt c ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych wolne od podatku są dochody z tytułu oszczędzania na IKE, w rozumieniu przepisów o IKE, uzyskane w związku z wypłatą transferową – z tym, że zwolnienie nie ma zastosowania w przypadku, gdy Oszczędzający gromadził oszczędności na więcej niż jednym IKE, chyba że przepisy te przewidują taką możliwość.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Wypłata środków zgromadzonych na rachunku IKE z tytułu nabycia uprawnień emerytalnych**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| W przypadku nieukończenia przez Oszczędzającego 60. roku życia i nabycia przez Niego wcześniejszych uprawnień emerytalnych, do zlecenia należy dołączyć kopię potwierdzenia nabycia tych praw. Wypłata nastąpi w ciągu 14 dni od dnia złożenia zlecenia.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Harmonogram realizacji Wypłaty: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wypłata jednorazowa |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wypłata w ratach\* |  | Liczba rat miesięcznych |
| * Wartość Wypłaty w ratach nie może być niższa niż 1000 zł brutto. Jeżeli na dzień realizacji zlecenia Wypłaty w ratach wartość Jednostek Uczestnictwa zapisanych na IKE będzie niższa niż 1000 zł brutto, Fundusz zrealizuje zlecenie w formie Wypłaty jednorazowej.
 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jeśli Oszczędzający chce otrzymać wypłatę w terminie późniejszym, prosimy o wskazanie terminu późniejszej wypłaty |
| jednorazowej lub wypłaty pierwszej raty:  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |
| Numer rachunku bankowego do realizacji przelewu: |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 58a ppkt a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych wolne od podatku są dochody z tytułu oszczędzania na IKE, w rozumieniu przepisów o IKE, uzyskane w związku z gromadzeniem i wypłatą środków przez oszczędzającego, z tym że zwolnienie nie ma zastosowania w przypadku, gdy oszczędzający gromadził oszczędności na więcej niż jednym IKE, chyba że przepisy te przewidują taką możliwość. |
| 1. **Zwrot środków zgromadzonych na rachunku IKE**
 |
| Zwrot całkowity nastąpi przed upływem terminu wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE. Zwrot częściowy nastąpi w ciągu 30 dni od dnia złożenia zlecenia.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Harmonogram realizacji Zwrotu: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zwrot całkowity |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zwrot częściowy\* |  | Kwota zwrotu |
| * Wartość Zwrotu częściowego nie może być niższa niż 1000 zł brutto. Jeżeli na dzień realizacji zlecenia Zwrotu częściowego wartość Jednostek Uczestnictwa zapisanych na IKE będzie niższa niż 1000 zł brutto, Fundusz zrealizuje zlecenie w formie Zwrotu.
 |
| Numer rachunku Oszczędzającego do realizacji przelewu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że zapoznałem się z niżej przedstawionymi warunkami zwrotu:1. Od dochodu oszczędzającego na IKE z tytułu zwrotu, w rozumieniu przepisów o IKE, środków zgromadzonych na tym koncie pobierany jest 19 % zryczałtowany podatek dochodowy (zgodnie z art. 41 ust. 4 w zw. z art. 30a ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych). Dochodem tym jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych na IKE a sumą wpłat na IKE (art. 30a ust. 8 powołanej ustawy). Dochodem przy całkowitym zwrocie, który został poprzedzony zwrotami częściowymi, jest różnica pomiędzy wartością środków zgromadzonych na IKE na dzień całkowitego zwrotu a sumą wpłat na IKE pomniejszoną o koszty częściowych zwrotów (art. 30a ust. 8a powołanej ustawy). Podatek zostanie pobrany przez Caspar Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych przed dokonaniem wypłaty – stosownie do art. 41 ust. 4 powołanej ustawy.2. W przypadku, gdy na rachunek IKE przyjęto wpłatę transferową z programu emerytalnego, Caspar Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 dni, licząc od dnia złożenia przez Oszczędzającego wypowiedzenia, przekaże na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych, wpłaconych do programu emerytalnego. |
|  |
| Caspar Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych jest zobowiązane do poinformowania Urzędu Skarbowego o wypłacie z rachunku IKE. |
|  |
| Urząd Skarbowy właściwy dla Oszczędzającego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych: |
|  |
|  |
| Adres Urzędu Skarbowego: |
|  |
| Oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwy ze względu na miejsce zamieszkania Oszczędzającego: |
|  |
|  |
| 1. **Dane osoby składającej zlecenie**

(należy wypełnić w przypadku, gdy zlecenie jest składane przez Pełnomocnika lub Przedstawiciela Ustawowego Oszczędzającego) |
|  |
| Imię i nazwisko: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia: |  | Miejsce urodzenia:  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pesel: |  | Obywatelstwo: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dowód osobisty: |  | Paszport: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data ważności dokumentu: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Status dewizowy: |  | Rezydent |  | Nierezydent |  | Kod kraju |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres stały: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica, numer domu/ lokalu: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kraj: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podpis Składającego zlecenie |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Imię i nazwisko Pracownika Dystrybutora |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Numer identyfikacyjny Pracownika Dystrybutora – PESEL |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Nazwa Dystrybutora / numer POK |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Stempel Dystrybutora | Pieczęć imienna i podpis Pracownika Dystrybutora |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |