|  |
| --- |
| **ZLECENIE WYPŁATY/ZWROTU Z INDYWIDUALNEGO KONTA ZABEZPIECZENIA EMERYTALNEGO (IKZE)** |
|  |
| 3 | 7 | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|  |  |  | Numer uczestnictwa |  |  |  |  | Numer zlecenia | Data zlecenia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zlecenie** |
|  |  |
|  | Wypłaty Transferowej środków zgromadzonych na IKZE |
|  | Wypłaty środków zgromadzonych na rachunku IKZE z tytułu ukończenia 65. roku życia |
|  | Zwrotu środków zgromadzonych na rachunku IKZE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 IKZE**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizacja Wypłaty transferowej środków zgromadzonych na rachunku IKZE do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKZE, następuje po dostarczeniu do Caspar Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych potwierdzenia zawarcia odpowiedniej umowy z inną instytucją finansową. Do zlecenia należy dołączyć kopię potwierdzenia otwarcia IKZE 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 58b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych wolne od podatku są wypłaty transferowe środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKZE:a) pomiędzy instytucjami finansowymi prowadzącymi IKZE,b) na IKZE osoby uprawnionej, po śmierci Oszczędzającego,c) w postępowaniu likwidacyjnym lub upadłościowym na IKZE Oszczędzającego. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Wypłata środków zgromadzonych na rachunku IKZE z tytułu ukończenia 65. roku życia**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oświadczam, że zapoznałem się z niżej przedstawionymi warunkami wypłaty:Zgodnie z art. 30 ust. 1 pkt 14 w zw. z art. 41 ust. 4 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych od kwoty wypłat z IKZE, w tym wypłat na rzecz osoby uprawnionej na wypadek śmierci Oszczędzającego dokonanych na podstawie art. 34a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o IKE oraz IKZE, jest pobierany podatek w wysokości 10% przychodu. Podatek jest pobierany bez pomniejszania o koszty uzyskania przychodu. |
| 1. **Zwrot środków zgromadzonych na rachunku IKZE**

Zwrot całkowity nastąpi przed upływem terminu wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKZE.  |
| Numer rachunku bankowego do realizacji przelewu: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Oświadczam, że zapoznałem się z niżej przedstawionymi warunkami zwrotu:Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych kwoty uzyskane z tytułu zwrotu z IKZE stanowią przychody z innych źródeł. Caspar Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych sporządzi i przekaże odpowiednią informację w terminach i na zasadach określonych w przepisach powołanej ustawy. |
| Caspar Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych jest zobowiązane do poinformowania Urzędu Skarbowego o wypłacie z rachunku IKZE. |
|  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |