



FORMULARZ DYSPOZYCJI FINANSOWYCH OSZCZĘDZAJĄCEGO NA IKZE



FORMULARZ DYSPOZYCJI FINANSOWYCH OSZCZĘDZAJĄCEGO NA IKZE (PKOIKZE/4)



Formularz wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI, a w odpowiednich polach wstawić znak „X”. Pola obowiązkowe.

DANE OSZCZĘDZAJĄCEGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Numer rachunku IKZE

DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚRODKÓW Z IKZE

Proszę o dokonanie wypłaty należnych mi środków zgromadzonych na IKZE w związku z osiągnięciem przeze mnie wieku 65 lat oraz dokonywaniem wpłat na IKZE co najmniej w 5 latach kalendarzowych, zgodnie z poniższą dyspozycją:

Sposób Wypłaty (należy wstawić „X” w jednym z kwadratów)

Wypłata jednorazowa Wypłata w ratach Liczba miesięcznych rat¹

Termin realizacji Wypłaty jednorazowej lub wypłaty pierwszej raty: (należy wstawić „X” w jednym z kwadratów)

wypłata w ciągu 14 dni od dnia złożenia pełnego wniosku o dokonanie Wypłaty

w terminie późniejszym niż 14 dni od dnia złożenia pełnego wniosku o dokonanie Wypłaty, tj. do dnia²: - - r.

Środki z tytułu Wypłaty proszę przekazać na rachunek bankowy nr:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Dane właściciela rachunku bankowego:

(należy wypełnić, gdy wypłata ma zostać przekazana na rachunek bankowy należący do innej osoby niż Oszczędzający)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Imię	Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dane Naczelnika Urzędu Skarbowego właściwego dla Oszczędzającego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych

<input type="text"/>
Nazwa i adres
<input type="text"/>

Brak informacji o właściwym Naczelniku Urzędu Skarbowego spowoduje odmowę dokonania Wypłaty.

DYSPOZYCJA WYPŁATY TRANSFEROWEJ DO INNEJ INSTYTUCJI FINANSOWEJ

Proszę o dokonanie Wypłaty Transferowej środków zgromadzonych na IKZE do wskazanej poniżej instytucji finansowej:

Dane instytucji prowadzącej IKZE przyjmującej Wypłatę Transferową

<input type="text"/>
Nazwa i adres
<input type="text"/>

Środki z tytułu Wypłaty Transferowej proszę przekazać na rachunek bankowy nr:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(rachunek bankowy instytucji przyjmującej Wypłatę Transferową)

Do niniejszej dyspozycji załączam Potwierdzenie zawarcia umowy o prowadzenie IKZE z inną instytucją finansową.

¹ Liczba ta nie może być niższa niż 120 lub w przypadku, gdy wpłaty na IKZE były dokonywane przez mniej niż 10 lat, liczba rat nie może być niższa niż iloczyn liczby lat, w których dokonywane były wpłaty, oraz liczby 12.

² Kolejne raty będą realizowane każdego 10-go dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym została wypłacona pierwsza rata.

DYSPOZYCJA ZWROTU CAŁOŚCI ŚRODKÓW (WYPOWIEDZENIE UMOWY IKZE)

Wypowiadam umowę o prowadzenie PKO IKZE i proszę o Zwrot całości środków zgromadzonych na IKZE na wskazany poniżej rachunek bankowy:

Dane właściciela rachunku bankowego:

(należy wypełnić, gdy środki z tytułu Zwrotu mają zostać przekazane na rachunek bankowy należący do innej osoby niż Oszczędzający)

Imię

Nazwisko

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

-

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

DYSPOZYCJA ZWROTU CAŁOŚCI ŚRODKÓW – ZASPOKOJENIE WIERZYTELNOŚCI ZABEZPIECZONEJ ZASTAWEM

W imieniu Wierzydciela proszę o zwrot środków zgromadzonych na IKZE Oszczędzającego zgodnie z poniższą dyspozycją i wypowiadam umowę o prowadzenie PKO IKZE:

Dane Wierzydciela

Imię i Nazwisko/Nazwa

PESEL/REGON

Adres

Nr umowy zastawu

Nr rachunku bankowego Wierzydciela

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ/OSÓB SKŁADAJĄCYCH DYSPOZYCJĘ (jeśli dyspozycja jest składana przez Oszczędzającego wypełnianie tej części jest nieobowiązkowe)

Oszczędzający Przedstawiciel Oszczędzającego/Wierzydciela³ (należy wstawić „X” w jednym z kwadratów)

Imię

Nazwisko

- - r.

PESEL

Data urodzenia

Płeć Kobieta Męczyzna
(należy wstawić „X” w jednym z kwadratów)

Rodzaj dokumentu tożsamości

Dowód osobisty

Paszport

Inny

Seria i nr dokumentu tożsamości

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

-

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Przedstawiciel Oszczędzającego/Wierzydciela³ (należy wstawić „X” w jednym z kwadratów)

Imię

Nazwisko

- - r.

PESEL

Data urodzenia

Płeć Kobieta Męczyzna
(należy wstawić „X” w jednym z kwadratów)

Rodzaj dokumentu tożsamości

Dowód osobisty

Paszport

Inny

Seria i nr dokumentu tożsamości

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

-

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

³ wymagane przedłożenie dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania Oszczędzającego/Wierzydciela

1. Administratorem danych osobowych Oszczędzającego w związku z zawarciem Umowy IKZE, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych jest PKO Dobrowolny Fundusz Emerytalny reprezentowany przez PKO BP BANKOWY Powszechne Towarzystwo Emerytalne Spółkę Akcyjną z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy: 00-872) przy ul. Chłodnej 52.
2. Dane osobowe Oszczędzającego będą przetwarzane przez Fundusz w celu realizacji Umowy IKZE. Oszczędzającemu przysługuje prawo wglądu do danych oraz ich poprawiania. Dane osobowe zbierane są na podstawie art. 89 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 roku o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.
3. Oświadczam, że treść Statutu Funduszu, prospektu informacyjnego Funduszu oraz Regulaminu prowadzenia PKO Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego jest mi znana.
4. Niniejszym przyjmuję do wiadomości i zgadzam się na to, że w przypadku, gdy złożona przeze mnie dyspozycja okaże się wadliwa (np. będzie niekompletna lub będzie zawierać braki formalne lub nie zostaną do niej załączone wymagane dokumenty), a przyczyna wadliwości tej dyspozycji nie zostanie usunięta w terminie 45 dni od dnia jej złożenia, dyspozycja ta zostanie przez Fundusz odrzucona i wówczas konieczne będzie złożenie nowej, niewadliwej dyspozycji.

- - r.

Data przyjęcia dyspozycji

Podpis osoby/osób składających dyspozycję

Imię i Nazwisko Przedstawiciela Funduszu przyjmującego dyspozycję

PESEL Przedstawiciela Funduszu

Nr POK

Czytelny podpis Przedstawiciela Funduszu



**FORMULARZ DYSPOZYCJI FINANSOWYCH OSZCZĘDZAJĄCEGO
NA IKZE (PKOIKZE/4)**



Formularz wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI, a w odpowiednich polach wstawić znak „X”. Pola obowiązkowe.

DANE OSZCZĘDZAJĄCEGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Numer rachunku IKZE

DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚRODKÓW Z IKZE

Proszę o dokonanie wypłaty należnych mi środków zgromadzonych na IKZE w związku z osiągnięciem przeze mnie wieku 65 lat oraz dokonywaniem wpłat na IKZE co najmniej w 5 latach kalendarzowych, zgodnie z poniższą dyspozycją:

Sposób Wypłaty (należy wstawić „X” w jednym z kwadratów)

Wypłata jednorazowa Wypłata w ratach Liczba miesięcznych rat¹

Termin realizacji Wypłaty jednorazowej lub wypłaty pierwszej raty: (należy wstawić „X” w jednym z kwadratów)

wypłata w ciągu 14 dni od dnia złożenia pełnego wniosku o dokonanie Wypłaty

w terminie późniejszym niż 14 dni od dnia złożenia pełnego wniosku o dokonanie Wypłaty, tj. do dnia²: - - r.

Środki z tytułu Wypłaty proszę przekazać na rachunek bankowy nr:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Dane właściciela rachunku bankowego:

(należy wypełnić, gdy wypłata ma zostać przekazana na rachunek bankowy należący do innej osoby niż Oszczędzający)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Imię	Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dane Naczelnika Urzędu Skarbowego właściwego dla Oszczędzającego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych

<input type="text"/>
Nazwa i adres
<input type="text"/>

Brak informacji o właściwym Naczelniku Urzędu Skarbowego spowoduje odmowę dokonania Wypłaty.

DYSPOZYCJA WYPŁATY TRANSFEROWEJ DO INNEJ INSTYTUCJI FINANSOWEJ

Proszę o dokonanie Wypłaty Transferowej środków zgromadzonych na IKZE do wskazanej poniżej instytucji finansowej:

Dane instytucji prowadzącej IKZE przyjmującej Wypłatę Transferową

<input type="text"/>
Nazwa i adres
<input type="text"/>

Środki z tytułu Wypłaty Transferowej proszę przekazać na rachunek bankowy nr:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(rachunek bankowy instytucji przyjmującej Wypłatę Transferową)

Do niniejszej dyspozycji załączam Potwierdzenie zawarcia umowy o prowadzenie IKZE z inną instytucją finansową.

¹ Liczba ta nie może być niższa niż 120 lub w przypadku, gdy wpłaty na IKZE były dokonywane przez mniej niż 10 lat, liczba rat nie może być niższa niż iloczyn liczby lat, w których dokonywane były wpłaty, oraz liczby 12.

² Kolejne raty będą realizowane każdego 10-go dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym została wypłacona pierwsza rata.

1. Administratorem danych osobowych Oszczędzającego w związku z zawarciem Umowy IKZE, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych jest PKO Dobrowolny Fundusz Emerytalny reprezentowany przez PKO BP BANKOWY Powszechne Towarzystwo Emerytalne Spółkę Akcyjną z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy: 00-872) przy ul. Chłodnej 52.
2. Dane osobowe Oszczędzającego będą przetwarzane przez Fundusz w celu realizacji Umowy IKZE. Oszczędzającemu przysługuje prawo wglądu do danych oraz ich poprawiania. Dane osobowe zbierane są na podstawie art. 89 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 roku o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.
3. Oświadczam, że treść Statutu Funduszu, prospektu informacyjnego Funduszu oraz Regulaminu prowadzenia PKO Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego jest mi znana.
4. Niniejszym przyjmuję do wiadomości i zgadzam się na to, że w przypadku, gdy złożona przeze mnie dyspozycja okaże się wadliwa (np. będzie niekompletna lub będzie zawierać braki formalne lub nie zostaną do niej załączone wymagane dokumenty), a przyczyna wadliwości tej dyspozycji nie zostanie usunięta w terminie 45 dni od dnia jej złożenia, dyspozycja ta zostanie przez Fundusz odrzucona i wówczas konieczne będzie złożenie nowej, niewadliwej dyspozycji.

- - r.
Data przyjęcia dyspozycji

Podpis osoby/osób składających dyspozycję

Imię i Nazwisko Przedstawiciela Funduszu przyjmującego dyspozycję

PESEL Przedstawiciela Funduszu

Nr POK

Czytelny podpis Przedstawiciela Funduszu

Infolinia:

801 10 10 10

+48 22 539 23 23

Opłaty zgodne z taryfą operatora.

Informacja:

www.pkopte.pl