



## Dyspozycja zwrotu części środków z Indywidualnego Konta Emerytalnego

Polisa nr \_\_\_\_\_

Wypełnij formularz drukowanymi literami. Możesz to zrobić elektronicznie przed wydrukowaniem i podpisaniem.

### Ubezpieczający/Oszczędzający

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                              |       |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Nazwisko/Nazwa <sup>1</sup>                                | _____                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              |       |
| Imię                                                       | _____                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              |       |
| PESEL                                                      | Data urodzenia                                                                                                                                                                                                                              | Uzupełnić tylko jeśli Ubezpieczający/Oszczędzający nie posiada numeru PESEL. |       |
| Rodzaj dokumentu tożsamości:                               | <input type="radio"/> dowód osobisty <input type="radio"/> paszport <input type="radio"/> karta pobytu <input type="radio"/> mDowód* (*jeśli potwierdzasz tożsamość w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden) |                                                                              |       |
| Dokument tożsamości                                        | Seria/Nr                                                                                                                                                                                                                                    | Termin ważności dokumentu                                                    | _____ |
| Państwo urodzenia                                          | _____                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              |       |
| Obywatelstwo                                               | _____                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              |       |
| <b>Adres zamieszkania/Adres siedziby firmy<sup>1</sup></b> |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                              |       |
| Ulica                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              |       |
| Nr domu                                                    | Nr mieszkania                                                                                                                                                                                                                               | Kod pocztowy                                                                 |       |
| Miejscowość                                                | _____                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              |       |
| Państwo                                                    | _____                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              |       |
| NIP <sup>1</sup> /Regon <sup>1</sup>                       | Tel. komórkowy                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |       |
| E-mail                                                     | _____                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              |       |

**Uwaga:** Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentu tożsamości (np. dowód osobisty, paszport lub kartę pobytu).

Jeśli wniosek jest wypełniony w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden kopia dokumentu tożsamości nie jest wymagana.

### Ważne informacje dotyczące zwrotu części środków

Od dochodu oszczędzającego na indywidualnym koncie emerytalnym z tytułu zwrotu albo częściowego zwrotu, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych, 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 indywidualnym koncie emerytalnym a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne (art. 30a ust. 8 powołanej ustawy). Dochodem przy całkowitym zwrocie, który został poprzedzony zwrotami częściowymi, jest różnica pomiędzy wartością środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym na dzień całkowitego zwrotu a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne pomniejszoną o koszty częściowych zwrotów (art. 30a ust. 8a powołanej ustawy). W przypadku częściowego zwrotu dochodem jest kwota zwrotu pomniejszona o koszty przypadające na ten zwrot; przy czym za koszt uważa się iloczyn kwoty zwrotu i wskaźnika stanowiącego udział sumy wpłat na indywidualne konto emerytalne do wartości środków zgromadzonych na tym koncie (art. 30a ust. 8b powołanej ustawy). Przy kolejnym częściowym zwrocie przepisy art. 30a ust. 8a i 8b powołanej ustawy stosuje się odpowiednio, z tym że do ustalenia wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym bierze się aktualny stan środków na tym koncie.

Urząd Skarbowy właściwy dla Oszczędzającego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych<sup>3</sup>

Adres Urzędu Skarbowego Oszczędzającego

### Zwrot części środków

|                                                                                                                                             |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Proszę o wypłatę kwoty                                                                                                                      | _____ zł |
| Słownie                                                                                                                                     | _____    |
| Jeżeli podana przeze mnie kwota wypłaty jest większa od maksymalnej kwoty możliwej do wypłaty, proszę o wypłatę maksymalnej możliwej kwoty. |          |
| <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie                                                                                         |          |
| <b>Sposób wypłaty:</b>                                                                                                                      |          |
| <input type="radio"/> przeksięgowanie na polisę/wniosek nr _____                                                                            |          |
| <input type="radio"/> przelew na rachunek bankowy                                                                                           |          |
| Nr rachunku                                                                                                                                 | _____    |
| Dane właściciela rachunku (proszę wypełnić jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem)                         |          |
| Nazwisko/Nazwa                                                                                                                              | _____    |
| Imię                                                                                                                                        | _____    |
| Państwo zamieszkania/Państwo siedziby firmy                                                                                                 | _____    |

<sup>1</sup> Wymagany w przypadku osób, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mają obowiązek posługiwania się NIP jako identyfikatorem podatkowym, <sup>3</sup> Urząd skarbowy według miejsca zamieszkania podatnika, a w przypadku podatnika, o którym mowa w art. 3 ust. 2a ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, urząd skarbowy w sprawach opodatkowania osób zagranicznych.

## Oświadczenia przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden

Potwierdzam, że przeprowadziłam/em weryfikację tożsamości osoby składającej wniosek oraz, że dane we wniosku są zgodne z dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby składającej wniosek.

Oszczędzający

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Przedstawiciel lub pracownik biura

Nationale-Nederlanden

Podpis

Data