

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

NR POLISY _____

DANE UCZESTNIKA PPK
 Nazwisko _____
 i imiona _____ Obywatelstwo _____ Płeć K M
 Data _____ Miejsce _____ Państwo _____
 urodzenia* D, D, - M, M, - R, R, R, R, urodzenia _____ urodzenia _____ PESEL _____

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

RODZAJ WYPŁATY**I. WYPŁATA PO OSIĄGNIĘCIU 60 ROKU ŻYCIA** wypłata:

Zgodnie z ustawą o PPK 75% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK wypłacane będzie w ratach. Wnioskuje o Wypłatę tej części zgromadzonych środków w _____ ratach miesięcznych

Uwaga: Wypłata w mniejszej niż 120 liczbie rat powoduje konieczność uiszczenia zryczałtowanego podatku dochodowego (art. 30a ust. 1 pkt 11 b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych). W przypadku braku oznaczenia wybranej liczby rat, 75% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK zostanie wypłacone w 120 ratach miesięcznych.

Zgodnie z ustawą o PPK pozostałe 25% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK może zostać wypłacone jednorazowo albo w ratach miesięcznych zgodnych z powyższym wskazaniem. Wnioskuje o Wypłatę tej części zgromadzonych środków:

 jednorazowo w ratach miesięcznych, zgodnych z powyższym wskazaniem**Uwaga:** W przypadku braku oznaczenia sposobu wypłaty, 25% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK zostanie wypłacone w ratach miesięcznych, zgodnie ze wskazaniem dotyczącym 75% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK.**SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY**

Nr rachunku bankowego _____

Nazwa banku _____

Imię i nazwisko właściciela rachunku _____

 Wypłata transferowa na rachunek zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność określoną w dziale I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z którym zawarłam/zawarłem umowę, na podstawie której nabywam prawo do świadczenia okresowego / dożywotniego po osiągnięciu przeze mnie 60 roku życia.**II. WYPŁATA CZĘŚCI ŚRODKÓW W ZWIĄZKU Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM**

1. Kwota do wypłaty _____ PLN / _____% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK (Uwaga: możliwa wypłata w wysokości do 25% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK)

2. Forma wypłaty:

 jednorazowa w ratach – proponowana liczba i częstotliwość ich wypłaty: _____3. Wypłata w związku z poważnym zachorowaniem: moim mojego małżonka mojego dziecka

Jeżeli wniosek dotyczy wypłaty z tytułu poważnego zachorowania osoby innej niż Uczestnik PPK, proszę uzupełnić poniższe dane tej osoby:

Nazwisko _____ Obywatelstwo _____ Płeć K MData _____ Miejsce _____ Państwo _____
urodzenia* D, D, - M, M, - R, R, R, R, urodzenia _____ urodzenia _____ PESEL _____

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY

Nr rachunku bankowego _____

Nazwa banku _____

* W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

III. ZWROT ŚRODKÓW

Wnoszę o Zwrot Środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK.

Zgodnie z art. 105 Ustawy o PPK, Towarzystwo przekazuje ze Środków zgromadzonych na Rachunku PPK:

- 1) na rachunek bankowy wskazany przez ZUS, kwotę równą 30% środków pieniężnych pochodzących z odkupienia przez Towarzystwo jednostek UFK, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika PPK z Wpłat finansowanych przez Podmiot zatrudniający,
- 2) na rachunek bankowy lub rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej wskazany przez Uczestnika PPK, kwotę równą 70% środków pieniężnych pochodzących z odkupienia przez Towarzystwo jednostek UFK, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika PPK z Wpłat finansowanych przez Podmiot zatrudniający, po uprzednim pomniejszeniu o należną kwotę 19% podatku dochodowego od osób fizycznych,
- 3) na rachunek bankowy lub rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej wskazany przez Uczestnika PPK, kwotę odpowiadającą środkom pieniężnym pochodzącym z odkupienia przez Towarzystwo jednostek UFK, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika PPK z Wpłat finansowanych przez Uczestnika PPK jako osobę zatrudnioną, po uprzednim pomniejszeniu o należną kwotę 19% podatku dochodowego od osób fizycznych,
- 4) na rachunek bankowy wskazany przez ministra właściwego do spraw pracy, kwotę odpowiadającą środkom pieniężnym pochodzącym z odkupienia przez Towarzystwo jednostek UFK, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika PPK z Wpłaty powitalnej i Dopłat rocznych.

SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY (ZWROTU)

Nr rachunku bankowego _____

Nazwa banku _____

Imię i nazwisko właściciela rachunku _____

ZAŁĄCZONO DOKUMENTY

W każdym przypadku

wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu) Uczestnika PPK

W przypadku wniosku o Wypłatę transferową na rachunek zakładu ubezpieczeń

potwierdzenie zawarcia umowy z zakładem ubezpieczeń, na podstawie której Uczestnik PPK nabywa prawo do świadczenia okresowego / dożywotniego po osiągnięciu 60 roku życia wraz ze wskazaniem numeru rachunku bankowego, na który należy dokonać Wypłaty transferowej

W przypadku poważnego zachorowania Uczestnika PPK/małżonka Uczestnika PPK/dziecka Uczestnika PPK

- orzeczenie (oryginał albo odpis) lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych całkowitej niezdolności do pracy na okres co najmniej 2 lat, lub
- orzeczenie (oryginał albo odpis) przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności umiarkowanej lub znacznego stopnia niepełnosprawności na okres co najmniej 2 lat, lub
- orzeczenie (oryginał albo odpis) przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 lat, lub
- zaświadczenie (oryginał albo odpis) lekarza medycyny potwierdzające diagnozę wystąpienia jednostki chorobowej wskazanej w ustawie o PPK odpowiednio dla osoby dorosłej albo dla dziecka

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że przekazanie kwoty wypłaty/Zwrotu na wskazany w niniejszym wniosku rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (Towarzystwo) z tytułu niniejszego wniosku wynikającego z umowy potwierdzonej w/w Polisa i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

2. Oświadczam, iż przesłane przeze mnie skany / zdjęcia / kserokopie dokumentów wymaganych do rozpatrzenia niniejszego wniosku, są zgodne z oryginałami, które posiadam.

Data D, D - M, M - R, R, R, R _____
miejsowość _____ podpis Uczestnika PPK

WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ UCZESTNIKA PPK

Imiona _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość _____ Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość _____

Data ważności dokumentu potwierdzającego tożsamość D, D - M, M - R, R, R, R

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są kompletne i zgodne z prawdą; jestem świadomy, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji, Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić realizacji mojego wniosku, do którego załącznikiem jest niniejszy wypis

Data D, D - M, M - R, R, R, R _____
miejsowość _____ podpis Uczestnika PPK

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”.

UCZESTNIK PPK

TAK NIE

Data D, D - M, M - R, R, R, R _____
miejsowość _____ podpis Uczestnika PPK