

WNIOSEK O ZWROT ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA RACHUNKU PPK (Pracownicze Plany Kapitałowe)

REQUEST TO RETURN FUNDS IN EMPLOYEE CAPITAL PLAN (PPK) ACCOUNT

Prosimy o wypełnianie formularza drukowanymi literami. / Please, use CAPITAL letters while filling in this form.

1. DANE IDENTYFIKUJĄCE UCZESTNIKA PPK / EMPLOYEE INFORMATION

NUMER PPK W EWIDENCJI PPK / PPK RECORD ID												NUMER UCZESTNIKA* / PARTICIPANT NUMBER *											
NAZWISKO* / SURNAME*																							
IMIĘ* / GIVEN NAME*												PESEL* / PESEL NUMBER*											
DOWÓD / NATNL. ID				PASZPORT / PASSPORT				INNY DOKUMENT POTW. TOŻSAMOŚĆ / OTHER ID				Obowiązkowa jedna z 3 danych / You must provide one of the three identifiers				D D M M R R R R DATA URODZENIA / DATE OF BIRTH				Obowiązkowa w przypadku osoby nieposiadającej nr. PESEL / If no PESEL exists			
SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI / NATIONAL IDENTITY DOCUMENT REF. AND NO.																							

2. DANE IDENTYFIKUJĄCE PODMIOT ZATRUDNIAJĄCY / EMPLOYER INFORMATION

NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO* / EMPLOYER NAME*																							
NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO* (cd.) / EMPLOYER NAME* (cont.)																							
Obowiązkowa jedna z 3 danych / You must provide one of the three identifiers:																							
FIRMA – IDENTYFIKATOR NIP / EMPLOYER TAX NUMBER												REGON / REGON NUMBER											
INNY IDENTYFIKATOR FIRMY / OTHER EMPLOYER ID																							
ADRES SIEDZIBY / CORPORATE ADDRESS – ULICA / STREET												NR DOMU / NUMBER						NR MIESZKANIA / APARTMENT					
KOD POCZTOWY / POSTAL CODE						MIEJSCOWOŚĆ / CITY																	
KRAJ / COUNTRY																							

3. SZCZEGÓŁY ZWROTU / RETURN DETAILS

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO / BANK ACCOUNT NUMBER																							
ODDZIAŁ ZUS WŁAŚCIWY DLA ADRESU ZAMIESZKANIA* / THE BRANCH OF SOCIAL INSURANCE INSTITUTION (ZUS) APPROPRIATE TO THE PLACE OF RESIDENCE*																							
ODDZIAŁ ZUS WŁAŚCIWY DLA ADRESU ZAMIESZKANIA* (cd.) / THE BRANCH OF SOCIAL INSURANCE INSTITUTION (ZUS) APPROPRIATE TO THE PLACE OF RESIDENCE* (cont.)																							
Oświadczam, że jestem świadomy, że zwrotowi podlegają środki zgromadzone na PPK pomniejszone o: – przekazywaną do ZUS kwotę równą 30% środków pieniężnych z odkupienia jednostek uczestnictwa nabytych z wpłat finansowanych przez podmiot zatrudniający, – kwotę naliczonego podatku dochodowego od osób fizycznych, oraz – kwotę z odkupienia jednostek uczestnictwa nabytych za wpłatę powitalną i dopłaty roczne, oraz akceptuję wymienione powyżej konsekwencje dokonania zwrotu. I represent that I am aware that funds deposited on the PPK account will be returned less: – The amount of 30% of cash proceeds from the redemption of shares purchased with contributions funded by your Employer that is transferred to State Social Security Authority (ZUS); – The amount of personal income tax due; – The amount of cash proceeds from the redemption of shares purchased with the welcome contribution and annual subsidies; and I understand the said impact of return.																							

D D M M R R R R

Data wypełnienia wniosku / Completion date

Podpis składającego wniosek** /
Employee's signature**

Podpis przyjmującego wniosek w imieniu Instytucji Finansowej /
Signature on behalf of Financial Institution

* Pole obowiązkowe do wypełnienia. / * Mandatory field.

** Wniosek należy złożyć korespondencyjnie na adres Agenta Transferowego ProService Finteco Sp. z o.o. ul. Konstruktorska 12a, 02-673 Warszawa. Obowiązkowe jest poświadczenie podpisu składającego wniosek przez notariusza lub pracodawcę. / **The order should be submitted by post to the Transfer Agent ProService Finteco Sp. z o.o., ul. Konstruktorska 12a, 02-673 Warszawa. The applicant's signature must be notarized or certified by an employer.