

WNIOSEK O DODANIE / ZMIANĘ* OSÓB UPRAWNIONYCH DO OTRZYMANIA ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA RACHUNKU PPK (Pracownicze Plany Kapitałowe)

REQUEST TO ADD / CHANGE* BENEFICIARY TO FUNDS IN PPK ACCOUNT EMPLOYEE CAPITAL PLANS (PPK)

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 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	NUMER UCZESTNIKA / PARTICIPANT NUMBER <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
NAZWISKO** / SURNAME** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
IMIĘ** / GIVEN NAME** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
DOWÓD / NATNL. ID <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	PASZPORT / PASSPORT <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	INNY DOKUMENT POTW. TOŻSAMOŚĆ / OTHER ID <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Obowiązkowa jedna z 3 danych / You must provide one of the three identifiers DATA URODZENIA / DATE OF BIRTH <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI / NATIONAL IDENTITY DOCUMENT REF. AND NO. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

2. DANE IDENTYFIKUJĄCE PODMIOT ZATRUDNIAJĄCY / EMPLOYER INFORMATION

NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO** / EMPLOYER NAME** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO** (cd.) / EMPLOYER NAME** (cont.) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Obowiązkowa jedna z 3 danych / You must provide one of the three identifiers: FIRMA – IDENTYFIKATOR NIP / EMPLOYER TAX NUMBER <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
INNY IDENTYFIKATOR FIRMY / OTHER EMPLOYER ID <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
ADRES SIEDZIBY / CORPORATE ADDRESS – ULICA / STREET <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
KOD POCZTOWY / POSTAL CODE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	MIEJSCOWOŚĆ / CITY <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
KRAJ / COUNTRY <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

3. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ / BENEFICIARY INFORMATION

NAZWISKO** / SURNAME** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		UPOSAŻENIE*** / ENTITLEMENT*** <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> %
IMIĘ** / GIVEN NAME** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
DATA URODZENIA** / DATE OF BIRTH** <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	PESEL** / PESEL NUMBER** (nieobowiązkowy, gdy obywatelstwo inne niż PL / optional if citizenship other than PL) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	SERIA I NUMER DOWODU TOŻSAMOŚCI / NATIONAL IDENTITY DOCUMENT REF. AND NO. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
ADRES KORESPONDENCYJNY / ADDRESS – ULICA** / STREET** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
KOD POCZTOWY** / POSTAL CODE** <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	MIASTO/POCZTA** / CITY** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	KRAJ URODZENIA** / COUNTRY OF BIRTH** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

4. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ / BENEFICIARY INFORMATION

NAZWISKO** / SURNAME** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		UPOSAŻENIE*** / ENTITLEMENT*** <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> %
IMIĘ** / GIVEN NAME** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
DATA URODZENIA** / DATE OF BIRTH** <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	PESEL** / PESEL NUMBER** (nieobowiązkowy, gdy obywatelstwo inne niż PL / optional if citizenship other than PL) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	SERIA I NUMER DOWODU TOŻSAMOŚCI / NATIONAL IDENTITY DOCUMENT REF. AND NO. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
ADRES KORESPONDENCYJNY / ADDRESS – ULICA** / STREET** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
KOD POCZTOWY** / POSTAL CODE** <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	MIASTO/POCZTA** / CITY** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	KRAJ URODZENIA** / COUNTRY OF BIRTH** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

3. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ / BENEFICIARY INFORMATION

NAZWISKO** / SURNAME**																								UPOSAŻENIE***/ ENTITLEMENT***		
IMIE** / GIVEN NAME**																										
D D M M R R R R						PESEL** / PESEL NUMBER** (nieobowiązkowy, gdy obywatelstwo inne niż PL / optional if citizenship other than PL)						SERIA I NUMER DOWODU TOŻSAMOŚCI / NATIONAL IDENTITY DOCUMENT REF. AND NO.														
DATA URODZENIA** / DATE OF BIRTH**																										
ADRES KORESPONDENCYJNY / ADDRESS - ULICA** / STREET**												NR DOMU** / NUMBER**						NR MIESZKANIA** / APARTMENT**								
KOD POCZTOWY** / POSTAL CODE**				- MIASTO/POCZTA** / CITY**								KRAJ URODZENIA** / COUNTRY OF BIRTH**														

6. OŚWIADCZENIE / STATEMENT

Zobowiązuję się do poinformowania osób, których dane zostały wskazane, o tym, że ich dane osobowe będą przetwarzane przez Goldman Sachs TFI S.A. („Towarzystwo”) i Fundusz Goldman Sachs Emerytura SFIO w związku z moim uczestnictwem w Pracowniczym Planie Kapitałowym zarządzanym przez Goldman Sachs TFI S.A., jak również o adresie i pełnej nazwie Funduszu Goldman Sachs Emerytura SFIO i Towarzystwa, danych kontaktowych Inspektora Ochrony Danych, celach przetwarzania danych osobowych i podstawie prawnej ich przetwarzania, kategoriach odbiorców danych, okresie, przez jaki będą przetwarzane dane, prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora danych osobowych, prawie dostępu do treści danych oraz prawie ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia, a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed wyrażeniem sprzeciwu, źródle pochodzenia danych, jak również o uprawnieniu do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

I undertake to inform the persons named above that their personal data will be processed by Goldman Sachs TFI S.A. (“the Company”) and the Goldman Sachs Emerytura SFIO Fund in connection with my participation in an Employee Capital Plan managed by Goldman Sachs TFI S.A. and about the address and full name of the Goldman Sachs Emerytura SFIO Fund and the Company, contact details of the Data Protection Officer, the purpose of personal data processing, categories of data recipients, the period in which personal data are to be processed, legitimate interest pursued by the personal data protection controller, the right of rectification, erasure, limited processing, transfer and objection to processing at any time without prejudice to the lawfulness of processing completed before such objection has been raised, the origin of data and about the right of appeal to the President of the Personal Data Protection Authority.

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

Wniosek należy złożyć korespondencyjnie na adres Agenta Transferowego ProService Finteco Sp. z o.o. ul. Konstruktorska 12a, 02-673 Warszawa.

* Niepotrzebne skreślić. Zmiana powoduje jednoczesne odwołanie wszystkich wcześniejszych wskazań osób uprawnionych do otrzymania środków zgromadzonych na rachunku PPK zmarłego Uczestnika.

** Pole obowiązkowe do wypełnienia.

*** Suma udziałów uposażenia dla wszystkich zgłoszonych osób powinna wynosić 100%. W przypadku niewskazania udziałów uznaje się, że są one równe dla każdej osoby Uprawnionej.

The order should be submitted by post to the Transfer Agent ProService Finteco Sp. z o.o., ul. Konstruktorska 12a, 02-673 Warszawa. .

* Cross out where not applicable. Any change will cancel all prior indications of beneficiaries to funds in PPK account of a deceased Participant.

** Mandatory field.

*** All entitlement percentages must add up to 100%. The shares of entitlement will be considered equal for each Beneficiary if the entitlement fields are left empty.