Goldman Sachs | Asset Management

PPK/D15062021

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚRODKÓW W PRZYPADKU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UCZESTNIKA PPK, JEGO MAŁŻONKA LUB DZIECKA

(Pracownicze Plany Kapitałowe)

Prosimy o wypełnianie formularza drukowanymi literami.

1. DANE IDENTYFIKUJĄCE UCZESTNIKA PPK

NUMER UCZESTNIKA

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

☐ DOWÓD ☐ PASZPORT ☐ INNY DOKUMENT POTW. TOŻSAMOŚĆ

Obowiązkowa jedna z 3 danych

D D M M R R R R
DATA URODZENIA

Obowiązkowa w przypadku osoby nieposiadającej nr. PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ADRES ZAMIESZKANIA – ULICA

NR DOMU

NR MIESZKANIA

KOD POCZTOWY –

MIEJSCOWOŚĆ

KRAJ

2. DANE PRACODAWCY

NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO

NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO (cd.)

NIP

3. WYPŁATA ŚRODKÓW Z TYTUŁU

☐ CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

☐ UMIARKOWANY LUB ZNACZNY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ OSOBY PONIŻEJ 16 LAT

☐ ZDIAGNOZOWANA JEDNOSTKA CHOROBOWA

Nazwa jednostki chorobowej (jeśli wskazano powyżej)

4. DANE DOTYCZĄCE WYPŁATY

Wypłata z tytułu poważnego zachorowania dotyczy:

☐ UCZESTNIKA PPK

☐ MAŁŻONKA UCZESTNIKA PPK
należy dołączyć oryginał aktu małżeństwa lub kopię poświadczoną notarialnie

☐ DZIECKA UCZESTNIKA PPK
należy dołączyć oryginał aktu urodzenia lub kopię poświadczoną notarialnie

Dane identyfikujące osobę, której dotyczy wypłata, jeśli wskazano osobę inną niż Uczestnik

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

☐ DOWÓD ☐ PASZPORT ☐ INNY DOKUMENT POTW. TOŻSAMOŚĆ

Obowiązkowa jedna z 3 danych

D D M M R R R R
DATA URODZENIA

Obowiązkowa w przypadku osoby nieposiadającej nr. PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ADRES ZAMIESZKANIA – ULICA

NR DOMU

NR MIESZKANIA

KOD POCZTOWY –

MIEJSCOWOŚĆ

KRAJ

5. SPOSÓB WYPŁATY*

Procent środków do wypłaty

☐☐ % maksymalnie 25% (podawane w pełnych procentach)

Wypłata jednorazowa

☐ TAK ☐ NIE

Wypłata w ratach

☐☐☐ LICZBA MIESIĘCZNYCH RAT (jeśli deklarowana)

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY MAJĄ ZOSTAĆ WYPŁACONE ŚRODKI ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

6. ZAŁĄCZNIKI**

☐ Orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy

☐ Orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności

☐ Orzeczenie o niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 lat

☐ Zaświadczenie lekarza medycyny potwierdzające diagnozę wskazanej jednostki chorobowej

☐ Inne

7. OŚWIADCZENIA

☐ Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami realizacji wypłaty środków z tytułu poważnego zachorowania dokonywanej na podstawie art. 101 Ustawy z dnia 4 października 2018 r. o PPK (Dz.U. z 2018 r. poz. 2215 z późn. zm.).

☐ Oświadczam, że podstawą składanego wniosku jest schorzenie moje lub innej osoby dopuszczonej zapisami Ustawy i biorę pełną odpowiedzialność za poprawność załączonych dokumentów.

Informacje dotyczące wypłaty

Wniosek należy przesłać na adres Agenta Transferowego ProService Finteco Sp. z o.o. ul Konstruktorska 12A, 02-673 Warszawa. Podpis Uczestnika złożony na wniosku powinien zostać poświadczony przez notariusza.

* Uczestnik PPK może wnioskować o jednorazową lub ratalną wypłatę do 25% zgromadzonych środków (Art. 101. ust. 1 Ustawy o PPK). Uczestnik wskazuje pełny procent (bez wartości ułamkowych) całej wypłaty lub pełny procent (bez wartości ułamkowych) całej wypłaty i liczbę rat miesięcznych w przypadku wypłaty ratalnej.
Uczestnik akceptuje brak możliwości zmiany wypłaty jednorazowej na ratalną i ratalnej na jednorazową.
Uczestnik ma prawo do zmiany liczby rat – w przypadku złożenia dyspozycji potwierdzenie o dokonaniu zmiany liczby rat nie jest wysyłane do Uczestnika.
Wypłata jednorazowa, a w przypadku wypłaty w ratach pierwsza rata, dokonywane są w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia przez Uczestnika wniosku o dokonanie wypłaty.
Wypłata nie jest obciążona podatkiem od zysków kapitałowych oraz innymi opłatami.
Zlecenie wypłaty może być składane wielokrotnie.

** Do wniosku o wypłatę Uczestnik dołącza orzeczenie, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 23 lit. a-c Ustawy o PPK, tj.:
- o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, ustalonej przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na okres co najmniej 2 lat,
- umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustalonym przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności na okres co najmniej 2 lat,
- niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 lat, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustalonej przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności,

lub zaświadczenie lekarza medycyny potwierdzające diagnozę wystąpienia poważnego zachorowania, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 23 lit. d) lub e), tj.:
- u osoby dorosłej: amputacja kończyny, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, wirusowe zapalenie mózgu, choroba Alzheimera, choroba Leśniowskiego-Crohna, choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne), choroba Parkinsona, dystrofia mięśniowa, gruźlica, niewydolność nerek, stwardnienie rozsiane, choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), kardiomiopatia, nowotwór złośliwy, toczeń trzewny układowy, udar mózgu, utrata mowy, słuchu lub wzroku, wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub zawał serca, lub
- zdiagnozowane u dziecka: poliomyelitis (choroba Heinego-Medina), zapalenie opon mózgowych, zapalenie mózgu, anemia aplastyczna, przewlekłe aktywne zapalenie wątroby, padaczka, gorączka reumatyczna, nabyta przewlekła choroba serca, porażenie (paraliż), utrata wzroku, głuchota (utrata słuchu), potransfuzyjne zakażenie wirusem HIV, schyłkowa niewydolność nerek, tężec, cukrzyca, łagodny guz mózgu, przeszczepienie narządów, zabieg rekonstrukcyjny zastawek, zabieg rekonstrukcyjny aorty lub nowotwór złośliwy.

D D M M R R R R
Data wypełnienia wniosku

.....
Podpis Uczestnika

D D M M R R R R
Data przyjęcia wniosku

.....
Podpis przyjmującego wniosek w imieniu Instytucji Finansowej