

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 UCZESTNIKA / PARTICIPANT NUMBER*	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
NAZWISKO* / SURNAME*												PESEL* / PESEL NUMBER*	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
IMIĘ* / GIVEN NAME*												Obowiązkowa jedna z 3 danych / You must provide one of the three identifiers	
<input type="checkbox"/> DOWÓD / NATNL. ID			<input type="checkbox"/> PASZPORT / PASSPORT			<input type="checkbox"/> INNY DOKUMENT POTW. TOŻSAMOŚĆ / OTHER ID			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Obowiązkowa w przypadku osoby nieposiadającej nr. PESEL / If no PESEL exists		
SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI / NATIONAL IDENTITY DOCUMENT REF. AND NO.												DATA URODZENIA / DATE OF BIRTH <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

3. SZCZEGÓŁY ZWROTU / RETURN DETAILS																							
NUMER RACHUNKU BANKOWEGO / BANK ACCOUNT NUMBER												<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																							
ODDZIAŁ ZUS WŁAŚCIWY DLA ADRESU ZAMIESZKANIA* / THE BRANCH OF SOCIAL INSURANCE INSTITUTION (ZUS) APPROPRIATE TO THE PLACE OF RESIDENCE*																							
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																							
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.																							

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.