

# 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											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOWÓD      PASZPORT      INNY DOKUMENT POTW. TOŻSAMOŚĆ												Obowiązkowa jedna z 3 danych		D	D	M	M	R	R	R	R	Obowiązkowo 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																								
<input type="checkbox"/> CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY							<input type="checkbox"/> UMIARKOWANY LUB ZNACZNY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI							<input type="checkbox"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ OSOBY PONIŻEJ 16 LAT							<input type="checkbox"/> ZDIAGNOZOWANA JEDNOSTKA CHOROBY			
Nazwa jednostki chorobowej (jeśli wskazano powyżej)																								

4. DANE DOTYCZĄCE WYPŁATY																										
Wypłata z tytułu poważnego zachorowania dotyczy:																										
<input type="checkbox"/> UCZESTNIKA PPK							<input type="checkbox"/> MAŁŻONKA UCZESTNIKA PPK należy dołączyć oryginał aktu małżeństwa lub kopię poświadczoną notarialnie							<input type="checkbox"/> 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																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOWÓD      PASZPORT      INNY DOKUMENT POTW. TOŻSAMOŚĆ												Obowiązkowa jedna z 3 danych		D	D	M	M	R	R	R	R	Obowiązkowo w przypadku osoby nieposiadającej nr. PESEL	
SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI																										
ADRES ZAMIESZKANIA - ULICA															NR DOMU		NR MIESZKANIA									
KOD POCZTOWY					MIEJSCOWOŚĆ																					
KRAJ																										

