

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

NR POLISY \_\_\_\_\_

**DANE UCZESTNIKA PPK**

Nazwisko \_\_\_\_\_  
i imiona \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Płeć ☐ K ☐ M  
Data \_\_\_\_\_ Miejsce \_\_\_\_\_ Państwo \_\_\_\_\_  
urodzenia\* DD - MM - RR RR RR urodzenia \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
Rodzaj dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
**Adres**  
zamieszkania \_\_\_\_\_  
Nr tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
**Adres**  
do korespondencji \_\_\_\_\_  
Nr tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**RODZAJ WYPŁATY****I. WYPŁATA PO OSIĄGNIĘCIU 60 ROKU ŻYCIA**☐ wypłata (proszę określić sposób wypłaty obu części zgromadzonych środków):**75% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK** wypłacane będzie w ratach.

Wnioskuje o Wypłatę tej części zgromadzonych środków:

☐ w jednej racie ☐ w \_\_\_\_\_ ratach miesięcznychW przypadku braku oznaczenia wybranej liczby rat, **75% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK zostanie wypłacone w 120 ratach miesięcznych.****Uwaga:** Wypłata w mniejszej niż 120 liczbie rat powoduje konieczność uiszczenia zryczałtowanego podatku dochodowego (art. 30a ust. 1 pkt 11 b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych).**25% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK** może zostać wypłacone jednorazowo albo w ratach miesięcznych zgodnych z powyższym wskazaniem.

Wnioskuje o Wypłatę tej części zgromadzonych środków:

☐ jednorazowo ☐ w ratach miesięcznych, zgodnych z powyższym wskazaniem**Uwaga:** W przypadku braku oznaczenia sposobu wypłaty, **25% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK zostanie wypłacone w ratach miesięcznych, zgodnie ze wskazaniem dotyczącym 75% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK.****SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY**

Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Nazwa banku \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko właściciela rachunku \_\_\_\_\_

☐ Wypłata transferowa na rachunek zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność określoną w dziale I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z którym zawarłam/zawarłem umowę, na podstawie której nabywam prawo do świadczenia okresowego / dożywotniego po osiągnięciu przeze mnie 60 roku życia.**II. WYPŁATA CZĘŚCI ŚRODKÓW W ZWIĄZKU Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM**

1. Wypłata \_\_\_\_\_% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK (Uwaga: możliwa wypłata w wysokości do 25% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK)

2. Forma wypłaty:

☐ jednorazowo ☐ w ratach wypłacanych z częstotliwością miesięczną - proponowana liczba rat \_\_\_\_\_3. Wypłata w związku z poważnym zachorowaniem: ☐ moim ☐ mojego małżonka ☐ mojego dziecka

Jeżeli wniosek dotyczy wypłaty z tytułu poważnego zachorowania osoby innej niż Uczestnik PPK, proszę uzupełnić poniższe dane tej osoby:

Nazwisko \_\_\_\_\_  
i imiona \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Płeć ☐ K ☐ M  
Data \_\_\_\_\_ Miejsce \_\_\_\_\_ Państwo \_\_\_\_\_  
urodzenia\* DD - MM - RR RR RR urodzenia \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
Rodzaj dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
**Adres**  
do korespondencji \_\_\_\_\_  
Nr tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY**

Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Nazwa banku \_\_\_\_\_

\* W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

### III. ZWROT ŚRODKÓW

☐ Wnoszę o Zwrot Środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK.

Zgodnie z art. 105 Ustawy o PPK, Towarzystwo przekazuje ze Środków zgromadzonych na Rachunku PPK:

- 1) na rachunek bankowy wskazany przez ZUS, kwotę równą 30% środków pieniężnych pochodzących z odkupienia przez Towarzystwo jednostek UFK, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika PPK z Wpłat finansowanych przez Podmiot zatrudniający,
- 2) na rachunek bankowy lub rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej wskazany przez Uczestnika PPK, kwotę równą 70% środków pieniężnych pochodzących z odkupienia przez Towarzystwo jednostek UFK, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika PPK z Wpłat finansowanych przez Podmiot zatrudniający, po uprzednim pomniejszeniu o należną kwotę 19% podatku dochodowego od osób fizycznych,
- 3) na rachunek bankowy lub rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej wskazany przez Uczestnika PPK, kwotę odpowiadającą środkom pieniężnym pochodzącym z odkupienia przez Towarzystwo jednostek UFK, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika PPK z Wpłat finansowanych przez Uczestnika PPK jako osobę zatrudnioną, po uprzednim pomniejszeniu o należną kwotę 19% podatku dochodowego od osób fizycznych,
- 4) na rachunek bankowy wskazany przez ministra właściwego do spraw pracy, kwotę odpowiadającą środkom pieniężnym pochodzącym z odkupienia przez Towarzystwo jednostek UFK, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika PPK z Wpłaty powitalnej i Dopłat rocznych.

#### SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY (ZWROTU)

Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Nazwa banku \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko właściciela rachunku \_\_\_\_\_

### ZAŁĄCZONO DOKUMENTY

#### W każdym przypadku

☐ wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu) Uczestnika PPK

#### W przypadku wniosku o Wypłatę transferową na rachunek zakładu ubezpieczeń

☐ potwierdzenie zawarcia umowy z zakładem ubezpieczeń, na podstawie której Uczestnik PPK nabywa prawo do świadczenia okresowego / dożywotniego po osiągnięciu 60 roku życia wraz ze wskazaniem numeru rachunku bankowego, na który należy dokonać Wypłaty transferowej

#### W przypadku poważnego zachorowania Uczestnika PPK/małżonka Uczestnika PPK/dziecka Uczestnika PPK

- ☐ orzeczenie (oryginał albo odpis) lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych całkowitej niezdolności do pracy na okres co najmniej 2 lat, lub
- ☐ orzeczenie (oryginał albo odpis) przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności umiarkowanej lub znacznego stopnia niepełnosprawności na okres co najmniej 2 lat, lub
- ☐ orzeczenie (oryginał albo odpis) przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 lat, lub
- ☐ zaświadczenie (oryginał albo odpis) lekarza medycyny potwierdzające diagnozę wystąpienia jednostki chorobowej wskazanej w ustawie o PPK odpowiednio dla osoby dorosłej albo dla dziecka

### OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że przekazanie kwoty wypłaty/Zwrotu na wskazany w niniejszym wniosku rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Vienna Life Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (Towarzystwo) z tytułu niniejszego wniosku wynikającego z umowy potwierdzonej w/w Polisą i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Towarzystwa żadnych roszczeń.

2. Oświadczam, iż przesłane przeze mnie skany / zdjęcia / kserokopie dokumentów wymaganych do rozpatrzenia niniejszego wniosku, są zgodne z oryginałami, które posiadam.

Data  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  \_\_\_\_\_  
miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Uczestnika PPK

### WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ UCZESTNIKA PPK

Imiona \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość \_\_\_\_\_ Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość \_\_\_\_\_

Data ważności dokumentu potwierdzającego tożsamość  D, D, - M, M, - R, R, R, R,

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są kompletne i zgodne z prawdą; jestem świadomy, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji, Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić realizacji mojego wniosku, do którego załącznikiem jest niniejszy wypis

Data  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  \_\_\_\_\_  
miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Uczestnika PPK

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”.

UCZESTNIK PPK

☐ TAK ☐ NIE

Data  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  \_\_\_\_\_  
miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Uczestnika PPK