

Niniejszy formularz powinien zostać wypełniony alfabetem łacińskim, pismem komputerowym lub pismem ręcznym – w takim przypadku powinien zostać wypełniony wielkimi / drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim długopisem.

### 1. NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO

### 2. DYSPOZYCJA

**Składam:** (proszę zaznaczyć X przy odpowiedniej opcji)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dyspozycję zmiany alokacji wpłat                  | <input type="checkbox"/> Dyspozycję zmiany struktury portfela | <input type="checkbox"/> Dyspozycję wypłaty   |
| <input type="checkbox"/> Dyspozycję zwrotu                                 | <input type="checkbox"/> Dyspozycję wypłaty transferowej      | <input type="checkbox"/> Wniosek o zawarcie Umowy o wypłatę w związku z wkładem własnym   |
| <input type="checkbox"/> Wniosek o wypłatę z tytułu poważnego zachorowania | <input type="checkbox"/> Dyspozycję zmiany danych             | <input type="checkbox"/> Dyspozycję wskazania/zmiany osób uprawnionych do odbioru środków z PPK na wypadek śmierci Uczestnika PPK |

### 3. DANE UCZESTNIKA PPK

Imię (imiona)

Nazwisko

Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia

Państwo urodzenia

Obywatelstwo

Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego

#### Adres zamieszkania

Ulica, nr domu, nr lokalu

Kod pocztowy

Miasto

Kraj

#### Adres korespondencyjny

- Takie samo jak zamieszkania  Inny niż adres zamieszkania

Ulica, nr domu, nr lokalu

Kod pocztowy

Miasto

Kraj

Adres poczty elektronicznej

Numer telefonu

Numer rachunku bankowego

### 4. ZMIANA ALOKACJI WPŁAT

- Proszę o podział przyszłych wpłat do PPK na wskazane przeze mnie subfundusze wydzielone w ramach Investor PPK SFIO, we wskazanych poniżej proporcjach (wskazane proporcje nie mogą być niższe niż 10% i podane w pełnych %).

%

%

%

%

%

Suma wskazanych części musi być równa 100%, w przeciwnym razie dyspozycja nie zostanie zrealizowana.

## 5. ZMIANA STRUKTURY PORTFELA

- Proszę o podział środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK na wskazane przeze mnie subfundusze wydzielone w ramach Investor PPK SFIO, we wskazanych poniżej proporcjach (wskazane proporcje nie mogą być niższe niż 10% i podane w pełnych %).

%

%

%

%

%

Suma wskazanych części musi być równa 100%, w przeciwnym razie dyspozycja nie zostanie zrealizowana.

## 6. DYSPOZYCJA WYPŁATY

**W związku z osiągnięciem przeze mnie wieku uprawniającego do wypłaty środków PPK proszę o dokonanie wypłaty środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK w formie:**

- Jednorazowej wypłaty 25% środków zgromadzonych na rachunku PPK oraz wypłaty 75% środków zgromadzonych na rachunku PPK w ratach miesięcznych na rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 formularza.  
Liczba rat miesięcznych nie powinna być mniejsza niż 120. W przypadku podania mniejszej liczby rat, przyjmuję do wiadomości konieczność uiszczenia przez Fundusz zryczałtowanego podatku dochodowego, który pomniejszy wypłacane dla mnie środki [podstawa prawna: art. 30a ust. 1 pkt 11b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych - Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.]. Jeżeli wysokość pierwszej raty, wyliczona przez podzielenie łącznej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku PPK w dniu złożenia wniosku przez liczbę odpowiadającą liczbie rat wskazanych we wniosku jest mniejsza niż 50 zł, środki zapisane na rachunku PPK zostaną wypłacone jednorazowo.
- Wypłaty 100% środków zgromadzonych na rachunku PPK w ratach miesięcznych na rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 formularza.  
Liczba rat miesięcznych nie powinna być mniejsza niż 120. W przypadku podania mniejszej liczby rat, przyjmuję do wiadomości konieczność uiszczenia przez Fundusz zryczałtowanego podatku dochodowego, który pomniejszy wypłacane dla mnie środki [podstawa prawna: art. 30a ust. 1 pkt 11b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych - Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.]. Jeżeli wysokość pierwszej raty, wyliczona przez podzielenie łącznej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku PPK w dniu złożenia wniosku przez liczbę odpowiadającą liczbie rat wskazanych we wniosku, jest mniejsza niż 50 zł, środki zapisane na rachunku PPK zostaną wypłacone jednorazowo.
- Wypłaty w formie świadczenia małżeńskiego w ratach miesięcznych na rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 formularza. Poniżej znajduje się zgoda mojego współmałżonka, którego rachunek PPK jest prowadzony w Investor PPK SFIO.

### Oświadczenie współmałżonka:

Ja niżej podpisana/-y

Imię (imiona)

Nazwisko

Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia

Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego

### Adres zamieszkania

Ulica, nr domu, nr lokalu

Kod pocztowy

Miasto

Kraj

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na otwarcie rachunku małżeńskiego, poprzez połączenie mojego rachunku PPK z rachunkiem mojego współmałżonka (wskazanego w części 3 formularza) i dokonywanie wypłaty w formie świadczenia małżeńskiego.

Data i podpis współmałżonka

## 7. DYSPOZYCJA ZWROTU

**Wnoszę o dokonanie zwrotu z mojego rachunku PPK wszystkich zgromadzonych na nim środków na rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 Formularza.**

Nazwa oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwego ze względu na miejsce zamieszkania Uczestnika (pole obowiązkowe):

Składając niniejszy wniosek potwierdzam, że jestem świadomy/a, że Fundusz jest zobowiązany ze środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK przekazać:

1. Na rachunek bankowy wskazany przez ZUS, kwotę równą 30% środków pieniężnych pochodzących z odkupienia przez Fundusz Jednostek Uczestnictwa, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika z wpłat finansowanych przez Podmiot Zatrudniający;
2. Na rachunek bankowy lub rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej wskazany przez Uczestnika, kwotę równą 70% środków pieniężnych pochodzących z odkupienia przez Fundusz Jednostek Uczestnictwa, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika z wpłat finansowanych przez Podmiot Zatrudniający, po uprzednim pomniejszeniu o należną kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych, która zgodnie z odrębnymi przepisami przekazywana jest na rachunek właściwego urzędu skarbowego;
3. Na rachunek bankowy lub rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej wskazany przez Uczestnika, kwotę odpowiadającą środkom pieniężnym pochodzącym z odkupienia przez Fundusz Jednostek Uczestnictwa, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika z wpłat finansowanych przez Uczestnika jako Osoby Zatrudnionej, po uprzednim pomniejszeniu o należną kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych, która zgodnie z odrębnymi przepisami przekazywana jest na rachunek właściwego urzędu skarbowego;
4. Na rachunek bankowy wskazany przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, kwotę odpowiadającą środkom pieniężnym pochodzącym z odkupienia przez Fundusz Jednostek Uczestnictwa, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika z wpłaty powitalnej i dopłat rocznych.

## 8. DYSPOZYCJA WYPŁATY TRANSFEROWEJ

**Proszę o dokonanie wypłaty transferowej, wszystkich środków zgromadzonych na moim rachunku PPK:**

**Na rachunek innego PPK**

Nazwa instytucji finansowej

Nazwa pracodawcy

**Na rachunek terminowej lokaty oszczędnościowej (oszczędnościowy)**

Numer rachunku

Prowadzony przez

**Do zakładu ubezpieczeń**

Numer rachunku

Prowadzony na rzecz

## 9. WNIOSEK O WYPŁATĘ DO 100% ŚRODKÓW W CELU POKRYCIA WKŁADU WŁASNEGO (PODSTAWA ART. 98 USTAWY O PPK)

**Niniejszym wnioskuję o zawarcie umowy o wypłatę środków zgromadzonych na moim rachunku PPK z przeznaczeniem na pokrycie wkładu własnego w związku z zaciągnięciem kredytu na:**

Budowę lub przebudowę budynku mieszkalnego w kwocie \_\_\_\_\_ i przekazanie środków na mój rachunek wskazany w moich danych osobowych

Inne przypadki związane z inwestycją mieszkaniową w kwocie (wypłaty) \_\_\_\_\_ i przekazanie środków na rachunek zbywcy

Nazwa zbywcy

Numer rachunku

Prowadzony przez

Przyjmuję do wiadomości, że jeśli kwota wskazana w niniejszym wniosku, okaże się wyższa niż wartość zgromadzonych środków na moim rachunku PPK, wypłacone zostaną środki w wysokości stanowiącej wartość środków zgromadzonych na moim rachunku PPK w dniu wypłaty.

### Określenie przedmiotu inwestycji:

Przedmiot inwestycji

Adres (lub oznaczenie działki budowlanej, na której realizowana będzie finansowana inwestycja)

Kod pocztowy

Miejscowość

Zobowiązuję się do zwrotu środków w kwocie nominalnej wypłaty, w \_\_\_\_\_ ratach miesięcznych, począwszy od \_\_\_\_\_ (nie później niż w terminie 5 lat od dnia wypłaty środków) do \_\_\_\_\_ (nie później niż w terminie 15 lat od wypłaty środków).

### Pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń:

Oświadczam, że nie zawarłem, ani nie wnioskuję o zawarcie takiej umowy z inną instytucją finansową prowadzącą PPK związanej z inną moją inwestycją.

Oświadczam, że zawarłem lub wnioskuję o zawarcie takiej umowy z inną instytucją finansową prowadzącą PPK, w celu pokrycia wkładu własnego w związku z zaciągnięciem przeze mnie kredytu udzielonego na sfinansowanie inwestycji wskazanej w tej części formularza, powyżej.

## 10. WYPŁATA W PRZYPADKU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PODSTAWA ART. 101 USTAWY O PPK)

W związku ze stwierdzeniem poważnego zachorowania, w rozumieniu Ustawy o PPK, czyli:

- całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270), ustalonej w formie orzeczenia przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na okres co najmniej 2 lat lub
- umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, 1000, 1076, 1925 i 2192), ustalonego w formie orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności na okres co najmniej 2 lat, lub
- 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 w formie orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, lub
- zdiagnozowania u osoby dorosłej jednej z następujących jednostek chorobowych: 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
- zdiagnozowania u dziecka jednej z następujących jednostek chorobowych: 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;

występującego:

- |                          |                 |      |          |       |
|--------------------------|-----------------|------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> | U mnie          | Imię | Nazwisko | PESEL |
| <input type="checkbox"/> | Mojego małżonka | Imię | Nazwisko | PESEL |
| <input type="checkbox"/> | Mojego dziecka  |      |          |       |

potwierdzonego załączonym: (Uwaga! Należy załączyć wskazane poniżej orzeczenie lub zaświadczenie)

- |                          |             |                          |                                 |
|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Orzeczeniem | <input type="checkbox"/> | Zaświadczeniem lekarza medycyny |
|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------------------------|

**Wnioskuje o wypłatę** % (nie więcej niż 25%) **środków zgromadzonych na moim rachunku PPK.**

**Wypłatę proszę dokonać:**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Jednorazowo na mój rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 Formularza.   |
| <input type="checkbox"/> | W _____ miesięcznych ratach (wysokość raty będzie stanowiła wartość na dzień odkupienia w ramach danej raty wskazanej w niniejszym wniosku części jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku PPK, na dzień złożenia niniejszego wniosku w każdym z subfunduszy Investor PPK SFIO podzielonej przez wskazaną liczbę rat). |

## 11. WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO ODBIORU ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA MOIM RACHUNKU PPK W PRZYPADKU MOJEJ ŚMIERCI

**Niniejszym wskazuję poniżej osoby uprawnione do odbioru środków zgromadzonych na moim rachunku PPK w przypadku mojej śmierci:**

%	Imię	Nazwisko	PESEL
%	Imię	Nazwisko	PESEL
%	Imię	Nazwisko	PESEL
%	Imię	Nazwisko	PESEL

W przypadku gdy nie wskazano procentowego udziału powyższych osób lub suma wskazanych udziałów jest wyższa niż 100% przyjmuje się, że ich udziały są równe. W przypadku gdy osoba wskazana powyżej zmarła przed śmiercią Uczestnika PPK lub gdy suma wskazanych udziałów jest niższa niż 100% przyjmuje się, że część przypadająca na zmarłą osobę uprawnioną lub odpowiednio nierozdysponowana część zgromadzonych środków przypada w równych częściach pozostałym osobom wskazanym, chyba że uczestnik PPK zadysonuje tym udziałem w inny sposób.

## 12. PODPISY

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) zapoznałem/zapoznałam się z treścią Klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o przysługujących mi prawach. Dyspozycja nie zostanie zrealizowana, jeśli będzie zawierać dane błędne lub niekompletne.

Uwaga:  
Zlecenie złożone bezpośrednio Funduszowi należy wystać do Funduszu na adres: ProService Finteco sp. z o.o., Konstruktorska 12A, 02-673 Warszawa, z dopiskiem „PPK Investor”.

Data i podpis Uczestnika PPK.

Data i podpis osoby przyjmującej dyspozycję/wniosek.

Poświadczenie podpisu Uczestnika PPK przez podmiot uprawniony (w przypadku składania dyspozycji drogą korespondencyjną).