|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i | **WNIOSEK O WYPŁATĘ / ZWROT Z PPK**  (Należy uzupełnić czytelnie, drukowanymi literami) | | |  |  |
| nazwisko | ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴ | Obywatelstwo | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Płeć | ⌴ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia\* | ⌴⌴-⌴⌴-⌴⌴⌴⌴ | Kraj urodzenia | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | PESEL | ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj dokumentu tożsamości | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Seria i numer dokumentu tożsamości | ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴ |

|  |  |
| --- | --- |
| Adres zamieszkania | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Adres do korespondencji | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr tel. | ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴ | E-mail | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Oddział ZUS (właściwy ze względu na adres zamieszkania) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pracodawca (nazwa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| WYPŁATA PO OSIĄGNIĘCIU 60 ROKU ŻYCIA |

⎕wypłata:

Zgodnie z ustawą o PPK 75% środków zgromadzonych na Rachunku PPK wypłacane będzie w ratach.

**Wnioskuję o Wypłatę tej części zgromadzonych środków:**

⎕ jednorazowo ⎕ w 120 ratach miesięcznie ⎕ w \_\_\_\_\_\_ 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).

Zgodnie z ustawą o PPK pozostałe 25% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK może zostać wypłacone jednorazowo albo w ratach miesięcznych zgodnych z powyższym wskazaniem.

**Wnioskuję o Wypłatę tej części zgromadzonych środków:**

⎕ jednorazowo ⎕ w ratach miesięcznych, zgodnie z powyższym wskazaniem

**SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY:**

Nr rachunku bankowego ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
|  |  | |
| Imię i nazwisko właściciela rachunku | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| WYPŁATA CZĘŚCI ŚRODKÓW W ZWIĄZKU Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM |

**Rodzaj poważanego zachorowania:**

⎕ Całkowita niezdolność do pracy

⎕ Umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności

⎕ Niepełnosprawność osoby, która nie ukończyła 16 lat

⎕ Choroba osoby dorosłej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⎕ amputacja kończyny  ⎕ bakteryjne zapalenie mózgu  ⎕ bakteryjne zapalenie 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  ⎕ utrata słuchu  ⎕ utrata wzroku  ⎕ zawał serca  ⎕ wrzodziejące zapalenie jelita grubego |

⎕ Choroba 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  ⎕ nowotwór złośliwy |

**KWOTA DO WYPŁATY** ⌴⌴% środków zgromadzonych na Rachunku PPK   
 (Uwaga: możliwa wypłata w wysokości do 25% Środków zgromadzonych na Rachunku PPK)

**FORMA WYPŁATY:**

⎕ jednorazowa ⎕ w ratach – proponowana liczba i częstotliwość ich wypłaty: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WYPŁATA NA POWAŻNE ZACHOROWANIE DOTYCZY:**

⎕ Uczestnika PPK

⎕ małżonka Uczestnika PPK

⎕ dziecka Uczestnika PPK

**SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY**

Nr rachunku bankowego ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| Imię i nazwisko właściciela rachunku | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | |  |
| ZWROT ŚRODKÓW | | |

⎕ Wnioskuję o Zwrot środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK.

Zgodnie z art. 105 Ustawy o PPK, Fundusz przekazuje ze środków zgromadzonych na Rachunku PPK:

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 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 Fundusz jednostek uczestnictwa, 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 Fundusz jednostek uczestnictwa, 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) za pośrednictwem PFR, na rachunek bankowy wskazany przez ministra właściwego do spraw pracy, kwotę odpowiadającą środkom pieniężnym pochodzącym z odkupienia przez Fundusz jednostek uczestnictwa, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika PPK z Wpłaty powitalnej i Dopłat rocznych.

**SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY (ZWROTU)**

Nr rachunku bankowego ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| Imię i nazwisko właściciela rachunku | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

DOKUMENTY

**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 poświadczona kopia: notarialnie lub przez pracownika Millennium TFI S.A.) lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych całkowitej niezdolności do pracy na okres, co niemniej 2 lat, lub

⎕ orzeczenie (oryginał albo poświadczona kopia: notarialnie lub przez pracownika Millennium TFI S.A.) przez zespół do spraw orzekania   
o niepełnosprawności umiarkowanej lub znacznego stopnia niepełnosprawności na okres, co najmniej 2 lat, lub

⎕ orzeczenie (oryginał albo poświadczona kopia: notarialnie lub przez pracownika Millennium TFI S.A.) przez zespół do spraw orzekania   
o niepełnosprawności, niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 lat, lub

⎕ zaświadczenie (oryginał albo poświadczona kopia: notarialnie lub przez pracownika Millennium TFI S.A.) lekarza medycyny potwierdzające diagnozę wystąpienia jednostki chorobowej wskazanej w ustawie o PPK odpowiednio dla osoby dorosłej albo dla dziecka,

⎕ skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub skrócony odpis aktu małżeństwa.

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że przekazanie kwoty Wypłaty/Zwrotu na wskazany w niniejszym wniosku rachunek bankowy jest spełnieniem zobowiązania Millennium PPK Specjalistycznego Funduszu Inwestycyjnego Otwartego z tytułu niniejszego wniosku wynikającego z umowy o prowadzenie PPK zawartej w moim imieniu i na moją rzecz przez Podmiot Zatrudniający i z tego tytułu nie będę zgłaszać wobec Funduszu, jak i Millennium TFI S.A. żadnych roszczeń.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | ⌴⌴-⌴⌴-⌴⌴⌴⌴ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | miejscowość | podpis Uczestnika PPK |

|  |  |
| --- | --- |
| **UWAGA! Wypełnia Pracodawca** | |
| Niniejszym potwierdzam złożenie w mojej obecności podpisu przez Pracownika – Uczestnika PPK  (podpis i pieczątka imienna Przełożonego\*\* | Niniejszym potwierdzam zgodność podanych danych Pracownika  – Uczestnika PPK  (podpis Pracodawcy lub osoby reprezentującej Pracodawcę  lub poświadczenie notarialne) |

\*\*Podpis Przełożonego wymagany w przypadku braku możliwości potwierdzenia podpisu przez Pracodawcę