

Wniosek o wypłatę środków z tytułu śmierci Uczestnika PPK



Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wniosek składa się do Instytucji Finansowej.

Uwaga! W przypadku gdy Uczestnik PPK jest stroną więcej niż jednej Umowy o prowadzenie PPK, wniosek obejmuje wyłącznie środki zgromadzone w ramach Pracowniczego Planu Kapitałowego prowadzonego przez wskazanego poniżej pracodawcę. W celu dokonania zwrotu środków zgromadzonych w ramach więcej niż jednej Umowy o prowadzenie PPK, należy złożyć odrębny wniosek o zwrot do każdej z tych umów.

1. ID umowy PPK (pole nieobowiązkowe)	<input type="text"/>
2. Dane podmiotu zatrudniającego Uczestnika PPK	
Nazwa pracodawcy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Numer NIP	<input type="text"/>
3. Dane Uczestnika PPK	
Imię (imiona)	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/> <input type="text"/>
Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia	<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"/>
Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego	<input type="text"/>
4. Dane osoby składającej wniosek	
<input type="checkbox"/> Małżonek zmarłego Uczestnika PPK <input type="checkbox"/> Osoba uprawniona na wypadek śmierci <input type="checkbox"/> Spadkobierca	
Imię (imiona)	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/> <input type="text"/>
Obywatelstwo	<input type="text"/>
Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia	<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"/>

Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego	<input type="text"/>
Adres zamieszkania (ulica, numer domu / lokalu, kod pocztowy, miejscowość, poczta, kraj)	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny (ulica, numer domu / lokalu, kod pocztowy, miejscowość, poczta, kraj)	<input type="text"/>
Tel. komórkowy	<input type="text"/>
Adres e-mail	<input type="text"/>
Rodzaj obowiązku podatkowego	<input type="checkbox"/> Rezydent podatkowy <input type="checkbox"/> Nierezydent podatkowy
W przypadku zaznaczenia „nierezydent podatkowy” prosimy o podanie poniższych danych	
Imię ojca	<input type="text"/>
Imię matki	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>
Miejsce urodzenia	<input type="text"/>
Numer identyfikacji podatnika*	<input type="text"/>
Kraj wydania numeru identyfikacyjnego podatnika	<input type="text"/>
Kraj wydania dokumentu tożsamości	<input type="text"/>

5. Wniosek o dokonanie zwrotu środków zgromadzonych w PPK

MAŁŻONEK ZMARŁEGO UCZESTNIKA PPK

Do wniosku należy dołączyć (w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem):

- odpis aktu zgonu,
- odpis aktu małżeństwa,
- oświadczenie małżonka o stosunkach majątkowych, które istniały między nim a zmarłym Uczestnikiem PPK.

Oświadczam, że:

istniała ustawowa wspólność majątkowa i do chwili śmierci współmałżonka nie nastąpiła zmiana małżeńskich stosunków majątkowych,

nastąpiła zmiana małżeńskich stosunków majątkowych z dniem (prosimy o załączenie dokumentu potwierdzającego zmianę),

- udokumentowanie sposobu uregulowania stosunków majątkowych – jeżeli między małżonkami nie istniała wspólność ustawowa.

Proszę o zwrot środków zgromadzonych na Rachunku PPK Uczestnika PPK na zasadach określonych w art. 85 Ustawy o PPK na poniższy rachunek bankowy, którego jestem właścicielem/-ką.

Numer rachunku bankowego

OSOBA UPRAWNIONA PEŁNOLETNIA

Do wniosku należy dołączyć (w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem):

- odpis aktu zgonu Uczestnika PPK,
- odpis prawomocnego postanowienia sądu o nabyciu spadku albo zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez zmarłego Uczestnika PPK lub prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku oraz dokumentów tożsamości spadkobierców – w przypadku gdy Osobą Uprawnioną jest spadkobierca dziedziczący na zasadach ogólnych.

Proszę o zwrot środków zgromadzonych na Rachunku PPK Uczestnika PPK na zasadach określonych w art. 85 Ustawy o PPK na poniższy rachunek bankowy, którego jestem właścicielem/-ką.

Numer rachunku bankowego

OSOBA UPRAWNIONA NIEPEŁNOLETNIA

Do wniosku należy dołączyć (w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem):

- odpis aktu zgonu Uczestnika PPK,
- odpis prawomocnego postanowienia sądu o nabyciu spadku albo zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez zmarłego Uczestnika PPK lub prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku oraz dokumentów tożsamości spadkobierców – w przypadku gdy Osobą Uprawnioną jest spadkobierca dziedziczący na zasadach ogólnych,
- akt urodzenia dziecka i kopia dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego,
- jeżeli Uprawnionym jest osoba małoletnia, a jego opiekunem prawnym nie jest rodzic – kopia prawomocnego postanowienia sądowego o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora.

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego

Numer rachunku bankowego do zwrotu środków

Imię i nazwisko właściciela konta bankowego

6. Podpisy

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

.....
Data złożenia deklaracji
Instytucji Finansowej

.....
Data złożenia wniosku / pieczętka / numer kadrowy /
imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej wniosek

Uwaga: niniejszy formularz wraz z załącznikami należy przesać na adres ProService Finteco Sp. z o.o. ul. Konstruktorska 12A, 02-673 Warszawa. W przypadku dodatkowych pytań prosimy o kontakt pod numerem infolinii 22 541 75 75.

Podpis osoby składającej wniosek i kopie dokumentów muszą być poświadczone przez notariusza lub w oddziale Allianz wskazanym na liście udostępnionej na stronie internetowej www.allianz.pl – przez pracownika lub współpracownika Allianz, lub pracownika podmiotu zatrudniającego (o ile podmiot zatrudniający wyrazi na to zgodę).

W przypadku składania oświadczeń woli w formie pisemnej bezpośrednio do Funduszu z wykorzystaniem przesyłki pocztowej – podpis osoby składającej wniosek musi być poświadczony notarialnie, przy czym Fundusz zobowiązuje się uznawać że równoznaczne z podpisem poświadczonym notarialnie jest poświadczenie podpisu przez uprawnionego urzędnika Urzędu Gminy, Starostwa Powiatowego, Urzędu Wojewódzkiego (Marszałkowskiego) lub Konsula RP. Dokumenty dołączane do składanego oświadczenia woli powinny być przekazane do Funduszu w oryginale lub w kopiach poświadczonych notarialnie, przy czym Fundusz zobowiązuje się uznawać poświadczenie danego dokumentu przez uprawnionego urzędnika Urzędu Gminy, Starostwa Powiatowego, Urzędu Wojewódzkiego (Marszałkowskiego) lub Konsula RP. W przypadku braku notarialnego poświadczenia podpisu, lub braku przekazania oryginałów dokumentów załączanych do oświadczenia woli lub ich kopii poświadczonych notarialnie dane oświadczenie woli nie jest przez Fundusz realizowane.