

Oświadczenie uczestnika PPK

o zawartych umowach o prowadzenie PPK

PPK Participant Representation Regarding PPK Agreements

Allianz Plan Emerytalny Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty wpisany do rejestru funduszy inwestycyjnych prowadzonego przez Sąd Okręgowy w Warszawie, VII Wydział Cywilny Rejestrowy pod numerem RFi 1639, NIP 108-00-23-161, REGON 383552688, z siedzibą przy ul. Inflanckiej 4B, 00-189 Warszawa, zarządzany przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A.

Allianz Specialised Open Investment Fund Pension Plan [Plan Emerytalny Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty] entered into the investment fund register kept by the District Court in Warsaw, 7th Civil Registry Division, under number RFi 1639, VAT No. 108-00-23-161, REGON 383552688, with its headquarters in ul. Inflancka 4B, 00-189 Warsaw, Poland, managed by Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A.

Oświadczenie należy wypełnić wielkimi literami. Oświadczenie składa się podmiotowi zatrudniającemu.

Please, use capital letters while filling in this representation. Submit this representation to your employer.

1. Dane uczestnika PPK / PPK Participant Information

Imię (imiona) _____
Forename(s) _____
Nazwisko _____
Surname _____
PESEL _____
PESEL number _____
Data urodzenia (d-m-r) _____
(w przypadku osób nieposiadających nr PESEL)
Date of birth (DD-MM-YYYY)
(applicable to persons without the PESEL number)

Dokument tożsamości ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inny _____
Personal Identification Document National Identification Document Passport Other

Seria i numer dokumentu tożsamości _____
Series and Number of Identification Document

2. Nazwa podmiotu zatrudniającego, któremu składane jest oświadczenie*

Name of Employer receiving the representation:

3. Oświadczenie uczestnika PPK / Representation by Participant in Employee Capital Plan (PPK)

Na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2215, z późn. zm.

oświadczam, że w moim imieniu zawarto następujące umowy o prowadzenie PPK**:

Pursuant to Art. 19 Para. 1 of the Employee Capital Plan Law of 4 October (Journal of Laws of 2018 Section 2215, as later amended), I hereby represent that the following PPK agreements** have been concluded on my behalf:

Lp. Item	Numer rejestru w PPK PPK Register No.	Nazwa podmiotu zarządzającego*** Name of the Managing Entity***	NIP podmiotu zarządzającego Tax Identification Number (NIP) of the Managing Entity	Nazwa podmiotu zatrudniającego**** Name of Employer****
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

*W przypadku kilku podmiotów zatrudniających Oświadczenie składane jest podmiotowi zatrudniającemu wybranemu przez uczestnika PPK.

**W terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji od podmiotu zatrudniającego o obowiązku dokonania wypłaty transferowej środków zgromadzonych na rachunkach wskazanych w Oświadczeniu, uczestnik PPK może poinformować, w formie pisemnej, podmiot zatrudniający o braku zgody na złożenie wniosku o wypłatę transferową. W przypadku, gdy podmiot zatrudniający, któremu złożono niniejsze Oświadczenie nie otrzyma informacji o braku zgody, składa w imieniu uczestnika PPK wniosek o wypłatę transferową środków zgromadzonych na rachunkach PPK wskazanych w Oświadczeniu.

*** Należy wskazać towarzystwo funduszy inwestycyjnych, powszechne towarzystwo emerytalne, pracownicze towarzystwo emerytalne lub zakład ubezpieczeń zarządzające instytucją finansową będącą stroną umowy o prowadzenie PPK zawartej w imieniu i na rzecz uczestnika PPK.

**** Należy wskazać nazwę pracodawcy będącego stroną umowy o prowadzenie PPK zawartej w imieniu i na rzecz uczestnika PPK.

* If more than one employer is involved this representation is to be submitted to an Employer selected by the PPK Participant.

** Within 7 days of receiving a notification from the Employer of the obligation to make a transfer payment of funds on PPK accounts specified in this Representation, the PPK participant may notify the Employer in writing of the PPK Participant's lack of consent to filing a transfer payment request. If an Employer who has received this Representation does not receive such no-consent notification it will file a transfer payment request with respect to funds on the PPK accounts specified herein, on behalf of the PPK Participant.

*** Please, specify an investment fund company, a general pension fund company or an insurance undertaking that manages the financial institution that is a party to the PPK agreement concluded on behalf of the PPK Participant.

**** Please, specify the name of the Employer who is a party to the PPK agreement concluded on behalf of the PPK Participant.

Data i podpis Uczestnika
Date and signature of Participant

Data złożenia oświadczenia podmiotowi zatrudniającemu
Date of submitting the representation to the Employer