

Twoje PPK

Wniosek o zwrot środków z Pracowniczego Planu Kapitałowego *Request for a refund from Employee Capital Plan*

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

This application should be completed legibly. This application should be submitted to the Financial Institution.

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 wypłaty środków zgromadzonych w ramach więcej niż jednej Umowy o prowadzenie PPK, należy złożyć odrębny wniosek o wypłatę do każdej z tych umów.

Please note: if a PPK Participant is a party to more than one Agreement on PPK Operation, the request covers only the money accumulated in the Employee Capital Plan run by the employer named below. In order to make a withdrawal of the money accumulated under more than one Agreement on PPK Operation, a separate request for withdrawal should be submitted for each of these agreements.

Fundusz zdefiniowanej daty PPK zarządzany przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., z którym podmiot zatrudniający zawarł umowę o zarządzanie PPK.

A target-date PPK fund managed by Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., with which the employer entity has concluded a PPK management agreement.

Miejscowość _____ Data _____ Godzina przyjęcia zlecenia _____
City Date Time of placing order

Nazwa podmiotu zatrudniającego/Name of the employer entity

Nazwa pracodawcy _____
Name of the employer
Numer NIP _____
NIP (tax ID)

Dane Uczestnika/Participant Information

Imię (Imiona) _____
Forename(s)
Nazwisko _____
Surname
Dokument tożsamości _____
ID document Dowód osobisty National ID Paszport Passport Inny _____ Other
Seria i numer _____
Series and Number Kod kraju/Country code _____
PESEL _____
PESEL No. Data urodzenia (d-m-r) _____
Date of birth (d-m-y)
Obywatelstwo _____
Nationality polskie Polish inne _____ Other Kod kraju urodzenia _____
Country of birth code

Adres zamieszkania/Home address

Ulica _____
Street
Nr domu _____ Nr lokalu _____
Building No. Apartment Miejscowość _____
City
Kod pocztowy _____
Postal Code Poczta _____
Post district Kod kraju _____
Country code
Telefon kontaktowy _____
Phone E-mail _____
E-mail

Adres korespondencyjny/Correspondence address j.w. /as above

Ulica _____
Street
Nr domu _____ Nr lokalu _____
Building No. Apartment Miejscowość _____
City
Kod pocztowy _____
Postal Code Poczta _____
Post district Kod kraju _____
Country code

Nr rachunku bankowego do przesyłania środków ze zwrotu/Bank account number for transferring funds

PLN _____

Dane właściciela rachunku bankowego/Bank account holder details

Uczestnik PPK/PPK Participant

Imię (Imiona) _____
Forename(s)
Nazwisko _____
Surname

Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych/Social Insurance Institution (ZUS) details

(wybierz jeden oddział z listy lub wyszukaj po kodzie pocztowym na stronie <https://www.zus.pl/o-zus/kontakt/oddzialy-inspektoraty-biura-terenowe>)

Select one branch from the list or search by postcode on the website <https://www.zus.pl/o-zus/kontakt/oddzialy-inspektoraty-biura-terenowe>)

- | | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ZUS O/BIAŁYSTOK | <input type="checkbox"/> ZUS O/GORZÓW WLKP. | <input type="checkbox"/> ZUS O/NOWY SĄCZ | <input type="checkbox"/> ZUS O/RYBNIK | <input type="checkbox"/> ZUS O/TORUŃ |
| <input type="checkbox"/> ZUS O/BIELSKO-BIAŁA | <input type="checkbox"/> ZUS O/JASŁO | <input type="checkbox"/> ZUS O/OLSZTYN | <input type="checkbox"/> ZUS O/RZESZÓW | <input type="checkbox"/> ZUS O/WAŁBRZYCH |
| <input type="checkbox"/> ZUS O/BIŁGORAJ | <input type="checkbox"/> ZUS O/KIELCE | <input type="checkbox"/> ZUS O/OPOLE | <input type="checkbox"/> ZUS O/SIEDLCE | <input type="checkbox"/> ZUS I O/WARSZAWA |
| <input type="checkbox"/> ZUS O/BYDGOSZCZ | <input type="checkbox"/> ZUS O/KOSZALIN | <input type="checkbox"/> ZUS O/OSTRÓW WLKP. | <input type="checkbox"/> ZUS O/SŁUPSK | <input type="checkbox"/> ZUS II O/WARSZAWA |
| <input type="checkbox"/> ZUS O/CHORZÓW | <input type="checkbox"/> ZUS O/KRAKÓW | <input type="checkbox"/> ZUS O/PIŁA | <input type="checkbox"/> ZUS O/SOSNOWIEC | <input type="checkbox"/> ZUS III O/WARSZAWA |
| <input type="checkbox"/> ZUS O/CHRZANÓW | <input type="checkbox"/> ZUS O/LEGNICA | <input type="checkbox"/> ZUS O/PŁOCK | <input type="checkbox"/> ZUS O/SZCZECIN | <input type="checkbox"/> ZUS O/WROCŁAW |
| <input type="checkbox"/> ZUS O/CZĘSTOCHOWA | <input type="checkbox"/> ZUS O/LUBLIN | <input type="checkbox"/> ZUS I O/POZNAŃ | <input type="checkbox"/> ZUS O/TARNÓW | <input type="checkbox"/> ZUS O/ZABRZE |
| <input type="checkbox"/> ZUS O/ELBLĄG | <input type="checkbox"/> ZUS I O/ŁÓDŹ | <input type="checkbox"/> ZUS II O/POZNAŃ | <input type="checkbox"/> ZUS O/TOMASZÓW | <input type="checkbox"/> ZUS O/ZIELONA GÓRA |
| <input type="checkbox"/> ZUS O/GDAŃSK | <input type="checkbox"/> ZUS II O/ŁÓDŹ | <input type="checkbox"/> ZUS O/RADOM | <input type="checkbox"/> MAZOWIECKI | |

Wniosek o dokonanie zwrotu środków zgromadzonych w PPK / Request for a refund of the money accumulated in PPK

Proszę o zwrot środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK na zasadach określonych w art. 105 Ustawy o PPK. /

I request a refund of the money accumulated in my PPK Account on the terms set out in Article 105 of the PPK Act.

Jestem świadomy / świadoma, że w sytuacji zwrotu środków (a więc ich wycofania z Rachunku PPK przed ukończeniem 60. roku życia) moje oszczędności będą pomniejszone o:

- podatek od zysków kapitałowych,
- 30% środków pochodzących z wpłat finansowanych przez pracodawcę (pobrane 30% zapisywane jest jako moja składka na ubezpieczenie emerytalne w ZUS),
- środki pochodzące z dopłat od państwa (utrata wpłaty powitalnej i wszystkich dopłat rocznych).

I am aware of the fact that if a refund is made (when the money is taken out of my PPK Account before I have reached the age of 60) my savings will be reduced by:

- *capital gains tax,*
- *30% of the money from contributions financed by my employer (the 30% charged is recorded as my pension insurance contribution at the Social Insurance Institution (ZUS),*
- *money contributed by the State (loss of welcome contribution and all annual bonuses).*

Zostałem poinformowany/a, że zwrot środków zostanie zrealizowany według zasad wyceny określonych w Ustawie / Statucie / Prospekcie Funduszu.

I have been informed that the refund will be made according to the valuation terms specified in the Act / Statutes / Prospectus of the Fund.

Data i podpis osoby składającej wniosek
Date and signature of the person making this
Declaration

Data złożenia wniosku / pieczętka / numer Agenta / imię i nazwisko
oraz podpis osoby przyjmującej wniosek
Date of submitting this declaration / stamp / personnel number /
forename and surname and signature of the person accepting this
declaration