

Wniosek o wypłatę części środków w przypadku poważnego zachorowania w ramach Pracowniczego Planu Kapitałowego

Dane osobowe Uczestnika

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Data urodzenia _____ (w przypadku osoby, która nie ma numeru PESEL)

Numer telefonu _____

E-mail _____

Proszę zaktualizować moje dane na rachunku PPK, zgodnie z informacjami powyżej.

Rachunek PPK, z którego Uczestnik zleca wypłatę

Nazwa podmiotu zatrudniającego _____

lub

Numer rachunku PPK _____

Poważnie zachorowanie dotyczy (zaznacz właściwą opcję)

- Uczestnika
- Współmałżonka Uczestnika
- Do wniosku dołącz akt małżeństwa w formie oryginału lub poświadczonej kopii.
- Dziecka Uczestnika
- Do wniosku dołącz akt urodzenia dziecka w formie oryginału lub poświadczonej kopii.

Wymagany dokument (zaznacz właściwą opcję)

Wymagane dokumenty prześlij nam w formie oryginału lub kopii poświadczonej przez notariusza, lub naszego przedstawiciela w oddziale.

- orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na okres co najmniej 2 lat
- orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności wydane przez zespół do spraw orzekania niepełnosprawności na okres co najmniej 2 lat
- orzeczenie o niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 lat, wydane przez zespół do orzekania o niepełnosprawności
- zaświadczenie lekarza medycyny potwierdzające diagnozę wystąpienia jednostki chorobowej

Jednostka chorobowa:

- osoba dorosła: 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
- dziecko: 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

Sposób wypłaty (zaznacz jedną z poniższych opcji)

Możesz wnioskować o wypłatę do 25% środków zgromadzonych na rachunku PPK.

jednorazowo _____% środków zgromadzonych na rachunku PPK

w _____ miesięcznych ratach _____% środków zgromadzonych na rachunku PPK

Numer rachunku bankowego _____

i Jeśli wypłacasz środki na rachunek zagraniczny, wypełnij dodatkowy formularz Wskazanie zagranicznego rachunku bankowego.

Dane właściciela rachunku:

Nazwisko _____ Imię _____

Data urodzenia _____ Państwo zamieszkania _____

Data i podpis Uczestnika

Data _____ Miejscowość _____ Podpis Uczestnika _____

Potwierdzenie podpisu

Potwierdzam weryfikację tożsamości Uczestnika, na podstawie dokumentu tożsamości. Wniosek został podpisany przez Uczestnika w mojej obecności.

i Wniosek należy poświadczyć u notariusza lub przedstawiciela Nationale-Nederlanden (lista placówek znajduje się na stronie nn.pl w zakładce Kontakt).

Data _____ Pieczęć firmowa _____ Podpis osoby poświadczającej _____

Wniosek z załącznikami prześlij na adres agenta transferowego, który prowadzi rejestry uczestników PPK dla Nationale-Nederlanden PTE:
ProService Finteco Sp. z o.o., ul. Konstruktorska 12A, 02-673 Warszawa