Investors

Dyspozycja Uczestnika PPK

składana do Investor PPK SFIO

Infolinia PPK: + 48 22 355 46 65

Niniejszy formularz powinien zostać wypełniony alfabetem łacińskim, pismem komputerowym lub pismem ręcznym – w takim przypadku powinien zostać wypełniony wielkimi / drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim długopisem. **Prosimy o parafowanie każdej strony.**

1. NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO

2. DYSPOZYCJA

Składam: (proszę zaznaczyć X przy odpowiedniej opcji)

- ☐ **Dyspozycję zmiany danych (pkt. 3, 12)**
- ☐ **Dyspozycję zmiany alokacji wpłat (pkt. 3, 4, 12)**
- ☐ **Dyspozycję zmiany struktury portfela (pkt. 3, 5, 12)**
- ☐ **Dyspozycję wypłaty po osiągnięciu 60-tego roku życia (pkt. 3, 6, 12)** (Art. 97 Ust. 1 pkt 1 Ustawy o PPK)
- ☐ **Dyspozycję wypłaty świadczenia małżeńskiego po osiągnięciu 60-go roku życia (pkt. 3, 7, 12)** (Art. 100 Ustawy o PPK)
- ☐ **Dyspozycję zwrotu (pkt. 3, 8, 12)** (Art. 105 Ustawy o PPK)
- ☐ **Dyspozycję wypłaty transferowej (pkt. 3, 9, 12)** (Art. 102 Ust. 1 Ustawy o PPK)
- ☐ **Wniosek o wypłatę z tytułu poważnego zachorowania (pkt. 3, 10, 12)** (Art. 101 Ustawy o PPK)
- ☐ **Dyspozycję wskazania/zmiany osób uprawnionych do odbioru środków z PPK na wypadek śmierci Uczestnika PPK (pkt. 3, 11, 12)** (Art. 21 Ustawy o PPK)

3. DANE UCZESTNIKA PPK

Imię (imiona) i Nazwisko

Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia w formacie DD-MM-RRRR

Państwo urodzenia

Obywatelstwo

Nazwa dokumentu tożsamości*

Seria i numer dokumentu tożsamości*

Kraj wydania dokumentu tożsamości* (jeśli inny niż Polska)

Data wydania dokumentu tożsamości* D D . M M . R R R R

Data ważności dokumentu tożsamości* D D . M M . R R R R

Adres zamieszkania*

Ulica, nr domu, nr lokalu

Kod pocztowy -

Miasto

Kraj

Adres korespondencyjny* ☐ Taki sam jak zamieszkania ☐ Inny niż adres zamieszkania

Ulica, nr domu, nr lokalu

Kod pocztowy -

Miasto

Kraj

Adres poczty elektronicznej

Numer telefonu

Numer rachunku bankowego

W przypadku, gdy rachunek prowadzony jest poza granicami Polski należy podać:

Numer SWIFT

Nazwę i adres Banku

* Dane zostaną zaktualizowane na rejestrze Uczestników, na podstawie niniejszego wskazania, nawet jeśli nie odznaczono w sekcji 2 Formularza, że składana jest dyspozycja zmiany danych.

4. ZMIANA ALOKACJI WPŁAT

☐ Proszę o podział przyszłych wpłat do PPK na wskazane przeze mnie subfundusze wydzielone w ramach Investor PPK SFIO, we wskazanych poniżej proporcjach (wskazane proporcje nie mogą być niższe niż 10% i podane w pełnych %).

___ %

___ %

___ %

___ %

___ %

___ %

Suma wskazanych części musi być równa 100%, w przeciwnym razie dyspozycja nie zostanie zrealizowana.

5. ZMIANA STRUKTURY PORTFELA

☐ Proszę o podział środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK na wskazane przeze mnie subfundusze wydzielone w ramach Investor PPK SFIO, we wskazanych poniżej proporcjach (wskazane proporcje nie mogą być niższe niż 10% i podane w pełnych %).

	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	Suma wskazanych części musi być równa 100%, w przeciwnym razie dyspozycja nie zostanie zrealizowana.

6. DYSPOZYCJA WYPŁATY PO OSIĄGNIĘCIU 60 ROKU ŻYCIA (PODSTAWA: ART. 97 UST. 1 PKT. 1 USTAWY O PPK)

W związku z osiągnięciem przeze mnie wieku uprawniającego do wypłaty środków PPK proszę o dokonanie wypłaty środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK w formie: (należy wybrać jedną spośród wskazanych poniżej możliwości)

☐ Jednorazowej wypłaty 25% środków zgromadzonych na rachunku PPK oraz wypłaty 75% środków zgromadzonych na rachunku PPK w ratach miesięcznych na rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 formularza.
Liczba rat miesięcznych nie powinna być mniejsza niż 120. W przypadku podania mniejszej liczby rat, przyjmuję do wiadomości konieczność uiszczenia przez Fundusz zryczałtowanego podatku dochodowego, który pomniejszy wypłacane dla mnie środki [podstawa prawna: art. 30a ust. 1 pkt 11b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych - Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.]. Jeżeli wysokość pierwszej raty, wyliczona przez podzielenie łącznej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku PPK w dniu złożenia wniosku przez liczbę odpowiadającą liczbie rat wskazanych we wniosku jest mniejsza niż 50 zł, środki zapisane na rachunku PPK zostaną wypłacone jednorazowo.

☐ Wypłaty 100% środków zgromadzonych na rachunku PPK w ratach miesięcznych na rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 formularza.
Liczba rat miesięcznych nie powinna być mniejsza niż 120. W przypadku podania mniejszej liczby rat, przyjmuję do wiadomości konieczność uiszczenia przez Fundusz zryczałtowanego podatku dochodowego, który pomniejszy wypłacane dla mnie środki [podstawa prawna: art. 30a ust. 1 pkt 11b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych - Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.] Jeżeli wysokość pierwszej raty, wyliczona przez podzielenie łącznej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku PPK w dniu złożenia wniosku przez liczbę odpowiadającą liczbie rat wskazanych we wniosku, jest mniejsza niż 50 zł, środki zapisane na rachunku PPK zostaną wypłacone jednorazowo.

☐ Wypłaty 100% zgromadzonych na rachunku PPK środków jednorazowo, na rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 formularza
Przyjmuję do wiadomości konieczność uiszczenia przez Fundusz zryczałtowanego podatku dochodowego, który pomniejszy wypłacane dla mnie środki [podstawa prawna: art. 30a ust. 1 pkt 11b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych - Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.].

7. DYSPOZYCJA WYPŁATY W FORMIE ŚWIADCZENIA MAŁŻEŃSKIEGO (PODSTAWA ART. 100 USTAWY O PPK)

☐ W związku z osiągnięciem przeze mnie wieku uprawniającego do wypłaty środków PPK proszę o dokonanie wypłaty środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK w formie świadczenia małżeńskiego w ratach miesięcznych na rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 formularza. Poniżej znajduje się zgoda mojego współmałżonka, którego rachunek PPK jest prowadzony w Investor PPK SFIO.

Oświadczenie współmałżonka uczestnika wnioskującego o wypłatę w formie świadczenia małżeńskiego:

Ja niżej podpisana/-y

Imię (imiona)

Nazwisko

Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia w formacie DD-MM-RRRR

Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego

Adres zamieszkania

Ulica, nr domu, nr lokalu

Kod pocztowy - Miasto Kraj

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na otwarcie rachunku małżeńskiego, poprzez połączenie mojego rachunku PPK o numerze

z rachunkiem mojego współmałżonka (wskazanego w części 3 formularza) i dokonywanie wypłaty w formie świadczenia małżeńskiego.

Data i podpis współmałżonka

8. DYSPOZYCJA ZWROTU

☐ **Wnoszę o dokonanie zwrotu z mojego rachunku PPK wszystkich zgromadzonych na nim środków na rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 Formularza.**

Nazwa oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwego ze względu na miejsce zamieszkania Uczestnika (pole obowiązkowe):

Składając niniejszy wniosek potwierdzam, że jestem świadomy/a, że Fundusz jest zobowiązany ze środków zgromadzonych na moim Rachunku PPK przekazać:

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 z wpłat finansowanych przez Podmiot Zatrudniający;
2. Na rachunek bankowy lub rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej wskazany przez Uczestnika, kwotę równą 70% środków pieniężnych pochodzących z odkupienia przez Fundusz Jednostek Uczestnictwa, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika z wpłat finansowanych przez Podmiot Zatrudniający, po uprzednim pomniejszeniu o należną kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych, która zgodnie z odrębnymi przepisami przekazywana jest na rachunek właściwego urzędu skarbowego;
3. Na rachunek bankowy lub rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej wskazany przez Uczestnika, kwotę odpowiadającą środkom pieniężnym pochodzącym z odkupienia przez Fundusz Jednostek Uczestnictwa, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika z wpłat finansowanych przez Uczestnika jako Osoby Zatrudnionej, po uprzednim pomniejszeniu o należną kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych, która zgodnie z odrębnymi przepisami przekazywana jest na rachunek właściwego urzędu skarbowego;
4. Na rachunek bankowy wskazany przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, kwotę odpowiadającą środkom pieniężnym pochodzącym z odkupienia przez Fundusz Jednostek Uczestnictwa, które zostały nabyte na rzecz Uczestnika z wpłaty powitalnej i dopłat rocznych.

9. DYSPOZYCJA WYPŁATY TRANSFEROWEJ

☐ **Działając na podstawie art. 102 ust. 1 Ustawy o PPK, proszę o dokonanie wypłaty transferowej środków zgromadzonych na moim rachunku PPK** (należy wybrać jeden z poniższych sposobów):

☐ **Na rachunek innego PPK**

Nazwa instytucji finansowej, do której ma być dokonana wypłata transferowa

Adres instytucji finansowej, do której ma być dokonana wypłata transferowa

Nazwa podmiotu zatrudniającego prowadzącego PPK, do którego ma być dokonana wypłata transferowa

Numer rachunku PPK na który ma być dokonana wypłata transferowa

Numer rachunku bankowego, na który ma być dokonana wypłata transferowa

☐ **Na rachunek terminowej lokaty oszczędnościowej lub na rachunek lokaty terminowej prowadzony w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej.**

Oświadczam, że ukończyłem 60. rok życia, a w umowie o prowadzenie rachunku terminowej lokaty oszczędnościowej lub umowie o prowadzenie lokaty terminowej w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej na który ma nastąpić wypłata transferowa, przewidziano możliwość dysponowania środkami przekazanymi z PPK jedynie w sposób określony w art. 99 ust. 1 Ustawy o PPK:

Nazwa instytucji finansowej, do której ma być dokonana wypłata transferowa

Adres instytucji finansowej, do której ma być dokonana wypłata transferowa

Numer rachunku bankowego, na który ma być dokonana wypłata transferowa

☐ **Do zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność określoną w dziale I załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.**

Oświadczam, że z umowy zawartej przez mnie z zakładem ubezpieczeń wynika, że spełniony jest warunek określony w art. 99 ust. 7 Ustawy o PPK – tj. nabędę prawo do świadczenia okresowego lub dożywotniego na podstawie tej umowy po osiągnieciu 60. roku życia:

Nazwa zakładu ubezpieczeń, do którego ma być dokonana wypłata transferowa

Adres zakładu ubezpieczeń, do którego ma być dokonana wypłata transferowa

Numer rachunku bankowego, na który ma być dokonana wypłata transferowa

Zostałem poinformowany, że do wniosku o dokonanie wypłaty transferowej należy dołączyć (w zależności od wybranego przeze mnie sposobu jej realizacji) właściwy dokument – to jest:

- potwierdzenie zawarcia umowy o prowadzenie PPK w innej instytucji finansowej lub
- potwierdzenie otwarcia rachunku terminowej lokaty oszczędnościowej lub lokaty terminowej prowadzonej w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, spełniającej warunki określone w art. 102 ust. 3 Ustawy o PPK lub
- potwierdzenie zawarcia umowy z zakładem ubezpieczeń, o której mowa w art. 99 ust. 7 Ustawy o PPK.

10. WYPŁATA W PRZYPADKU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PODSTAWA ART. 101 USTAWY O PPK)

W związku ze stwierdzeniem poważnego zachorowania, w rozumieniu Ustawy o PPK, czyli:

☐ całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270), ustalonej w formie orzeczenia przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na okres co najmniej 2 lat lub

☐ umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, 1000, 1076, 1925 i 2192), ustalonego w formie orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności na okres co najmniej 2 lat, lub

☐ niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 lat, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustalonej w formie orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, lub

☐ **zdiagnozowania u osoby dorosłej jednej z następujących jednostek chorobowych:**

- ☐ 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,
- ☐ wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- ☐ zawał serca, lub

Uwaga! Należy wskazać tylko jedną powyższą jednostkę chorobową.

☐ **zdiagnozowania u dziecka jednej z następujących jednostek chorobowych:**

- ☐ 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;

Uwaga! Należy wskazać tylko jedną powyższą jednostkę chorobową.

występującego:

☐ U mnie

☐ Mojego małżonka — Imię | Nazwisko

Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia w formacie DD-MM-RRRR

☐ Mojego dziecka — Imię | Nazwisko

Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia w formacie DD-MM-RRRR

potwierdzonego załączonym: (Uwaga! Należy załączyć wskazane poniżej orzeczenie lub zaświadczenie)

☐ Orzeczeniem ☐ Zaświadczeniem lekarza medycyny

Wnioskuję o wypłatę _____ **%** (nie więcej niż 25%) **środków zgromadzonych na moim rachunku PPK.**

Wypłatę proszę dokonać:

☐ Jednorazowo na mój rachunek wskazany w moich danych osobowych w części 3 Formularza.

☐ W _____ miesięcznych ratach (wysokość raty będzie stanowiła wartość na dzień odkupienia w ramach danej raty wskazanej w niniejszym wniosku części jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku PPK, na dzień złożenia niniejszego wniosku w każdym z subfunduszy Investor PPK SFIO podzielonej przez wskazaną liczbę rat).

11. WSKAZANIE/ZMIANA OSÓB UPRAWNIONYCH DO ODBIORU ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA MOIM RACHUNKU PPK W PRZYPADKU MOJEJ ŚMIERCI

☐ **Niniejszym wskazuję poniżej osoby uprawnione do odbioru środków zgromadzonych na moim rachunku PPK w przypadku mojej śmierci:**

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL (lub data urodzenia w formacie DD-MM-RRRR, jeśli osoba uprawniona nie posiada numeru PESEL) udział % w świadczeniu

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL (lub data urodzenia w formacie DD-MM-RRRR, jeśli osoba uprawniona nie posiada numeru PESEL) udział % w świadczeniu

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL (lub data urodzenia w formacie DD-MM-RRRR, jeśli osoba uprawniona nie posiada numeru PESEL) udział % w świadczeniu

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL (lub data urodzenia w formacie DD-MM-RRRR, jeśli osoba uprawniona nie posiada numeru PESEL) udział % w świadczeniu

W przypadku gdy nie wskazano procentowego udziału powyższych osób lub suma wskazanych udziałów jest wyższa niż 100% przyjmuje się, że ich udziały są równe. W przypadku gdy osoba wskazana powyżej zmarła przed śmiercią Uczestnika PPK lub gdy suma wskazanych udziałów jest niższa niż 100% przyjmuje się, że część przypadająca na zmarłą osobę uprawnioną lub odpowiednio nierozdysponowana część zgromadzonych środków przypada w równych częściach pozostałym osobom wskazanym, chyba że uczestnik PPK zadysponuje tym udziałem w inny sposób. **Wskazanie osoby / osób uprawnionych skutkuje automatycznym odwołaniem wcześniejszej dyspozycji w przedmiotowym zakresie, o ile była składana.**

☐ **Odwołanie osób uprawnionych**

Odwołuję wszystkie osoby uprawnione do otrzymania środków zgromadzonych na moim rachunku PPK.

12. PODPISY

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) zapoznałem/zapoznałam się z treścią Klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o przysługujących mi prawach.
Dyspozycja nie zostanie zrealizowana, jeśli będzie zawierać dane błędne lub niekompletne.

Zostałem/am poinformowany/a, że informacje dotyczące sposobu zgłaszania przez Uczestnika, bądź osobę przez niego upoważnioną, skarg i reklamacji, zawarte są w prospekcie informacyjnym Funduszu oraz „Regulaminie składania i rozpatrywania skarg i reklamacji w Investors TFI" dostępnymi na stronie www.investors.pl.

Data i podpis Uczestnika PPK.

Uwaga: Zlecenie złożone bezpośrednio Funduszowi z potwierdzonym podpisem oraz właściwymi załącznikami (oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem) prosimy przesłać do Funduszu na adres: ProService Finteco sp. z o.o., ul. Konstruktorska 12A, 02-673 Warszawa, z dopiskiem „PPK Investor".

Data i podpis osoby przyjmującej dyspozycję/wniosek.

Poświadczenie podpisu Uczestnika PPK przez podmiot uprawniony (w przypadku składania dyspozycji drogą korespondencyjną).