

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

Dane osobowe Uczestnika

Nazwisko	<input type="text"/>	Imię	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/> (w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL)
Numer telefonu	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		

i Powyższy numer telefonu/e-mail będą wykorzystywane tylko w celach kontaktowych związanych z realizacją dyspozycji i wyjaśnieniem ewentualnych nieprawidłowości. Jeśli chcesz zaktualizować swoje dane złóż dyspozycję poprzez n-serwis PPK.

Rachunek PPK, z którego Uczestnik chce dokonać wypłaty

Nazwa podmiotu zatrudniającego	<input type="text"/>
Numer rachunku PPK	<input type="text"/>

Poważnie zachorowanie dotyczy (wybierz jeden z poniższych)

- Uczestnika
- współmałżonka Uczestnika
- i** do wniosku należy dołączyć akt małżeństwa w oryginale lub kopii poświadczonej przez notariusza, jednostkę samorządu terytorialnego lub przedstawiciela Nationale-Nederlanden (lista placówek znajduje się na stronie nn.pl w zakładce Kontakt)
- dziecka Uczestnika
- i** do wniosku należy dołączyć akt urodzenia dziecka w oryginale lub kopii poświadczonej przez notariusza, jednostkę samorządu terytorialnego lub przedstawiciela Nationale-Nederlanden (lista placówek znajduje się na stronie nn.pl w zakładce Kontakt)

Wymagany dokument (wybierz jeden z poniższych)

- i** Do wniosku należy dołączyć oryginał lub kopia poświadczona przez notariusza, jednostkę samorządu terytorialnego lub przedstawiciela Nationale-Nederlanden (lista placówek znajduje się na stronie nn.pl w zakładce Kontakt)
- 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.
- i** Jednostka chorobowa to:
- u osoby dorosłej: 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;
 - u dziecka: 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 (wybierz jeden z poniższych)

- i** Uczestnik może 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 lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej

i W przypadku wypłaty na zagraniczny rachunek bankowy wypełnij dodatkowo 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 własnoręczność podpisu złożonego na niniejszym wniosku oraz oświadczam, że dokonałem/am weryfikacji tożsamości Uczestnika na podstawie dokumentu tożsamości.

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

Data

Pieczczę firmowa

Podpis i pieczęć imienna lub czytelnie imię i nazwisko osoby poświadczającej

Wniosek wraz z załącznikami należy wysłać na adres Agenta Transferowego prowadzącego rejestr uczestników PPK na rzecz Nationale-Nederlanden PTE:
ProService Finteco Sp. z o.o., ul. Konstruktorska 12A, 02-673 Warszawa lub pozostawić w placówce Nationale-Nederlanden.