

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚRODKÓW Z PRACOWNICZEGO PLANU KAPITAŁOWEGO W PRZYPADKU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UCZESTNIKA PPK, JEGO MAŁŻONKA LUB DZIECKA.

### PROWADZONEGO PRZEZ BNP PARIBAS PPK SPECJALISTYCZNY FUNDUSZ INWESTYCYJNY OTWARTY

(„Fundusz”) z siedzibą przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa REGON 383653604, NIP 1070043162 wpisany do rejestru funduszy inwestycyjnych prowadzonego przez Sąd Okręgowy w Warszawie, VII Wydział Cywilny Rejestrowy, pod numerem RFI 1650, zarządzany przez BNP Paribas Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych (Towarzystwo).

Formularz wypełnia Uczestnik PPK. Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami.

#### DANE UCZESTNIKA PPK\*:

Imię/imiona: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Kraj Urodzenia: \_\_\_\_\_ Obywatelstwo: \_\_\_\_\_

Adres email (również do otrzymywania potwierdzeń rocznych): \_\_\_\_\_

Dokument tożsamości:  dowód osobisty\*\*  paszport  inny (należy wskazać rodzaj) \_\_\_\_\_

Seria i numer: \_\_\_\_\_ Kod kraju: \_\_\_\_\_

Data wydania: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Data ważności: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania z kodem pocztowym:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adres do korespondencji z kodem pocztowym (jeżeli jest inny niż powyżej):

\_\_\_\_\_

**NAZWA PRACODAWCY** za pośrednictwem którego była zawarta Umowa o Prowadzenie PPK:

\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_ REGON: \_\_\_\_\_ KRS: \_\_\_\_\_

(proszę podać przynajmniej dwie z powyższych danych Pracodawcy NIP/REGON/KRS)

\*W przypadku gdy podane dane identyfikacyjne będą różnić się od danych posiadanych w rejestrze funduszu, realizacja wniosku będzie wstrzymana do czasu wyjaśnienia.

\*\*Istnieje możliwość podania wyłącznie polskiego dowodu osobistego.



TREŚĆ WNIOSKU:

**Uczestnik składa wniosek o wypłatę świadczenia na wypadek poważnego zachorowania na zasadach określonych w art. 101 Ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych („Wniosek”) na rzecz:**

- UCZESTNIKA PPK       MAŁŻONKA UCZESTNIKA PPK       DZIECKA UCZESTNIKA PPK

WSKAZANIE BENEFICJENTA ŚRODKÓW (W PRZYPADKU WSKAZANIA WYPŁATY NA RZECZ MAŁŻONKA LUB DZIECKA UCZESTNIKA):

Imię/imiona: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

WSKAZANIE RODZAJU ZACHOROWANIA:

- A. CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY  
 B. UMIARKOWANY LUB ZNACZNY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
 C. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ OSOBY, KTÓRA NIE UKOŃCZYŁA 16 LAT  
 D. CHOROBA OSOBY DOROSŁEJ  
 E. CHOROBA DZIECKA

**UWAGA: W przypadku wskazania powyżej opcji D lub E należy wskazać szczegółowo rodzaj schorzenia na jednej z list poniżej:**

D. CHOROBA OSOBY DOROSŁEJ	E. CHOROBA DZIECKA
<input type="checkbox"/> 1. Amputacja kończyny	<input type="checkbox"/> 1. Poliomyelitis (choroba Heinego-Medina)
<input type="checkbox"/> 2. Bakteryjne zapalenie mózgu	<input type="checkbox"/> 2. Zapalenie opon mózgowych
<input type="checkbox"/> 3. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	<input type="checkbox"/> 3. Zapalenie mózgu
<input type="checkbox"/> 4. Wirusowe zapalenie mózgu	<input type="checkbox"/> 4. Anemia aplastyczna
<input type="checkbox"/> 5. Choroba Alzheimera	<input type="checkbox"/> 5. Przewlekłe aktywne zapalenie wątroby
<input type="checkbox"/> 6. Choroba Leśniowskiego-Crohna	<input type="checkbox"/> 6. Padaczka
<input type="checkbox"/> 7. Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	<input type="checkbox"/> 7. Gorączka reumatyczna
<input type="checkbox"/> 8. Choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/> 8. Nabyta przewlekła choroba serca
<input type="checkbox"/> 9. Dystrofia mięśniowa	<input type="checkbox"/> 9. Porażenie (paraliż)
<input type="checkbox"/> 10. Gruźlica	<input type="checkbox"/> 10. Utrata wzroku
<input type="checkbox"/> 11. Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> 11. Głuchota (utrata słuchu)
<input type="checkbox"/> 12. Stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/> 12. Potransfuzyjne zakażenie wirusem HIV
<input type="checkbox"/> 13. Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)	<input type="checkbox"/> 13. Schyłkowa niewydolność nerek
<input type="checkbox"/> 14. Kardiomiopatia	<input type="checkbox"/> 14. Tężec
<input type="checkbox"/> 15. Nowotwór złośliwy	<input type="checkbox"/> 15. Cukrzyca
<input type="checkbox"/> 16. Toczeń trzewny układu	<input type="checkbox"/> 16. łagodny guz mózgu
<input type="checkbox"/> 17. Udar mózgu	<input type="checkbox"/> 17. Przeszczepienie narządów
<input type="checkbox"/> 18. Utrata mowy	<input type="checkbox"/> 18. Zabieg rekonstrukcyjny zastawek
<input type="checkbox"/> 19. Utrata słuchu	<input type="checkbox"/> 19. Zabieg rekonstrukcji aorty
<input type="checkbox"/> 20. Utrata wzroku	<input type="checkbox"/> 20. Nowotwór złośliwy
<input type="checkbox"/> 21. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	
<input type="checkbox"/> 22. Zawał serca	

WSKAZANIE WARTOŚCI PROCENTOWEJ ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA RACHUNKU PPK, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ WYPŁACONE:

**UWAGA: Wypłatą świadczenia na wypadek Poważnego Zachorowania może zostać objęte maksymalnie do 25% środków zgromadzonych na rachunku Uczestnika PPK.**

%

WSKAZANIE SPOSOBU WYPŁATY ŚWIADCZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

JEDNORAZOWO  W RATACH

WSKAZANIE LICZBY RAT DO WYPŁATY RATALNEJ:

**UWAGA: Wypłata jednorazowa, a w przypadku wypłaty w ratach pierwsza rata dokonywane są w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia przez uczestnika PPK wniosku o dokonanie wypłaty.**

PROSZĘ O DOKONYWANIE WYPŁATY NA NALEŻĄCY DO MNIE RACHUNEK BANKOWY O NUMERZE:

-  -  -  -  -

prowadzony w banku: \_\_\_\_\_

WYMAGANE DOKUMENTY:

Do wniosku o wypłatę środków zgromadzonych na rachunku PPK z tytułu poważnego zachorowania należy dołączyć w oryginale lub poświadczony za zgodność z oryginałem przez pracownika TFI następujące dokumenty:

- 1) Orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na okres co najmniej 2 lat w przypadku poważnego zachorowania w postaci całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
- 2) Orzeczenie wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności na okres co najmniej 2 lat w przypadku poważnego zachorowania w postaci umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 3) Orzeczenie wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności w przypadku poważnego zachorowania w postaci 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.
- 4) Zaświadczenie lekarza medycyny potwierdzające diagnozę wystąpienia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania poważnego zachorowania, o którym w art. 2 ust. 1 pkt 23 lit. d) lub e) Ustawy o PPK.



W przypadku gdy wniosek składany jest w związku z poważnym zachorowaniem małżonka lub dziecka Uczestnika PPK, do wniosku dołącza się dokumenty potwierdzające relacje pomiędzy Uczestnikiem PPK a tym małżonkiem lub dzieckiem. Dokumentami potwierdzającymi relacje są:

- Kopia aktu małżeństwa
- Kopia aktu urodzenia dziecka
- Kopia dowodu osobistego dziecka / kopia paszportu dziecka

---

#### OBJAŚNIENIA WYBRANYCH TERMINÓW Z USTAWY O PPK:

1) Termin „Poważne Zachorowanie” (art. 2 ust. 1 pkt 23 Ustawy o PPK) oznacza:

- a) całkowitą niezdolność 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), ustaloną w formie orzeczenia przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na okres co najmniej 2 lat lub
- b) umiarkowany lub znaczny stopień 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), ustalony w formie orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności na okres co najmniej 2 lat, lub
- c) niepełnosprawność osoby, która nie ukończyła 16 lat, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustaloną w formie orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, lub
- d) zdiagnozowanie u osoby dorosłej jednej z następujących jednostek chorobowych: 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 układu, udar mózgu, utrata mowy, słuchu lub wzroku, wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub zawał serca, lub
- e) zdiagnozowanie 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 lub nowotwór złośliwy;

2) Termin „dziecko” Uczestnika PPK (art. 2 ust. 1 pkt 5 Ustawy o PPK) oznacza: dziecko własne Uczestnika PPK, dziecko małżonka Uczestnika PPK, dziecko przysposobione przez Uczestnika PPK lub jego małżonka, a także dziecko, w sprawie którego toczy się z wniosku Uczestnika PPK lub jego małżonka postępowanie o przysposobienie, lub dziecko, nad którym opiekę sprawuje Uczestnik PPK lub jego małżonek.

---

#### ZOSTAŁEM POINFORMOWANY ŻE:

1. Administratorem danych osobowych uczestnika jest BNP Paribas PPK Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty („Fundusz”) ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa REGON 383653604, NIP 1070043162 wpisany do rejestru funduszy inwestycyjnych prowadzonego przez Sąd Okręgowy w Warszawie, VII Wydział Cywilny Rejestrowy, pod numerem RFI 1650, zarządzany przez BNP Paribas TFI S.A. z siedzibą przy ulicy Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa, wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000031121, o kapitale zakładowym w wysokości 16 692 912,00 zł opłaconym w całości, NIP: 526-02-10-808, REGON: 012557199.
2. Fundusz przetwarza dane osobowe zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, w tym w szczególności zgodnie z Rozporządzeniem 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 (dalej jako „RODO”) oraz krajowymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych.



3. Fundusz przetwarza dane uczestnika PPK w celu prawidłowej obsługi Pracowniczego Planu Kapitałowego, (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na administratorze danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) wynikających w szczególności z ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych, ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi oraz innych aktów prawnych, których stosowanie niezbędne jest do świadczenia przedmiotowej usługi, wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej (art. 9 ust. 2 lit. b RODO), zabezpieczenia prawnie usprawiedliwionego interesu administratora, którym jest marketing bezpośredni usług własnych i produktów Funduszu, prowadzenie działań analitycznych, statystyka/raportowanie wewnętrzne (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO).
4. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: mailowo na adres: daneosobowe@tfi.bnpparibas.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.

#### OŚWIADCZENIE WAŻNE DLA OBYWATELI ROSJI I BIAŁORUSI

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że od dnia 12.04. 2022 Fundusze zaprzestały zbywania jednostek uczestnictwa obywatelom rosyjskim lub białoruskim lub rezydentom podatkowym Rosji lub Białorusi, którzy nie posiadają obywatelstwa lub zezwolenia na pobyt czasowy lub stały w Polsce lub innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, państwie będącym członkiem Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub Szwajcarii. Zostałem/-am też poinformowany/-a, że Fundusze mogą zablokować rejestry uczestnikom co do których nie mają pewności czy są objęci sankcjami. W związku z tym zrzekam się wszelkich roszczeń w stosunku do Funduszy wynikających z ustalenia, że jestem tego rodzaju osobą i zastosowania w stosunku do mnie wyżej opisanych ograniczeń.

Podstawa prawna ograniczeń:

- Art. 5f Rozporządzenia Rady (UE) Nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczące środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie z dnia 31 lipca 2014 R. (Dz.Urz.Ue.L Nr 229, Str. 1) oraz
- Art. 1y Rozporządzenia Rady (We) Nr 765/2006 z dnia 18 Maja 2006 R. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy z dnia 18 maja 2006 R. (Dz.Urz.Ue.L Nr 134, Str. 1) z późniejszymi zmianami.

**UWAGA:** Informacje o zasadach przetwarzania danych osobowych i przysługujące Pani/Panu prawa oraz szczegółowe informacje o Funduszu i zarządzającym nim Towarzystwie w tym o sposobie składania reklamacji i skarg można znaleźć na stronie internetowej: [www.tfi.bnpparibas.pl](http://www.tfi.bnpparibas.pl). oraz na infolinii: **tel. 22 355 46 70**

--	--

PODPIS UCZESTNIKA

DATA ZŁOŻENIA DYSPOZYCJI

Podpis Uczestnika należy potwierdzić u notariusza przez „notarialne poświadczenie podpisu”. Brak potwierdzenia skutkuje nieważnością dyspozycji. Wypełniony i podpisany formularz należy wysłać na adres: BNP Paribas TFI S.A. ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa.

## Informacje dodatkowe:

Przypominamy również o obowiązku informowania Funduszu o dokonanych zmianach danych identyfikujących Uczestnika.

### STI24 – DEDYKOWANA PLATFORMA ON-LINE DLA UCZESTNIKÓW PPK

Uczestnicy PPK zarządzanych przez BNP Paribas TFI S.A. mają możliwość korzystania z bezpiecznej, intuicyjnej i całkowicie BEZPŁATNEJ platformy on-line STI24 do samodzielnej obsługi PPK, dzięki której zyskują:

- » stały dostęp do swoich rejestrów PPK (24/7 również w dni świąteczne);
- » wgląd w bieżącą wartość inwestycji i historię dokonanych wpłat;
- » swobodę zarządzania wpłaconym kapitałem;
- » możliwość składania on-line dyspozycji:
  - ✓ Zwrotu wpłaconych środków
  - ✓ Zmiany alokacji dokonanych wpłat
  - ✓ Zmiany alokacji przyszłych wpłat



- ✓ Aktualizacji danych osobowych
- ✓ Zmiany danych teleadresowych
- ✓ Wypłaty po 60 roku życia

**REJESTRACJA W STI24: [BNPPARIBASTFI.STI24.PL](https://bnpparibas.tfi.sti24.pl)**

### ZMIANA SPOSOBU OTRZYMYWANIA POTWIERDZEŃ TRANSAKcji

Jeżeli masz już dostęp do aplikacji STI24, zachęcamy do zmiany sposobu otrzymywania potwierdzeń transakcji z wersji papierowej na elektroniczną, co zwiększy bezpieczeństwo danych oraz wygodę ich przekazywania na adres poczty elektronicznej. Żeby dokonać zmiany sposobu otrzymywania korespondencji należy:

- » zalogować się do aplikacji STI24
- » wprowadzić swój adres e-mail w zakładce **Profil / Adres korespondencyjny** / uzupełnić **pole E-mail / Zapisz**

W razie jakichkolwiek pytań lub potrzeby uzyskania dodatkowych informacji uprzejmie prosimy o kontakt z Infolinią pod numerem telefonu 22 355 46 70 bądź mailowo: [ppk@tfi.bnpparibas.pl](mailto:ppk@tfi.bnpparibas.pl). Infolinia działa od poniedziałku do piątku w godzinach 9:00-17:00. Koszt połączenia określa taryfa operatora telekomunikacyjnego.