

### DYSPOZYCJA

**Na podstawie art. 101 ustawy z dnia 4 października 2018 o pracowniczych planach kapitałowych wnoszę o wypłatę części środków zgromadzonych w funduszach PPK Pocztylion w związku z poważnym zachorowaniem.**

### WSKAZÓWKI

1. Formularz przeznaczony jest dla Uczestnika, który zamierza skorzystać z możliwości wypłaty części środków w przypadku poważnego zachorowania Uczestnika, jego małżonka lub dziecka.
2. Wypłata nie może być wyższa niż 25 proc. zgromadzonych środków. Wypłata jest bezzwrotna.
3. Do formularza należy dołączyć odpowiednie orzeczenie medyczne lub zaświadczenie lekarskie o których mowa w art. 2 ust 1 pkt 23 ustawy o PPK.
4. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny, literami drukowanymi. Dyspozycja wypłaty powinna zostać złożona w obecności pracownika Towarzystwa lub własnoręcznie podpisaną osobą składającą Dyspozycję powinna zostać poświadczona notarialnie.
5. Wniosek należy przesłać na adres: PKO Finat Sp. z o.o., ul. Chmielna 89, 00-805 Warszawa.

### NUMER REJESTRU W PPK POCZTYLION:

0	5												9	9	7		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	--

### DANE OSOBOWE UCZESTNIKA

Nazwisko:	
Imię:	
PESEL (jeżeli posiadasz):	Data urodzenia:

### ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica:	Nr domu/lokalu:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Kraj:

### UDZIAŁ ŚRODKÓW DO WYPŁATY (W PROCENTACH)

Udział środków do wypłaty w przypadku poważnego zachorowania (maksymalnie 25 proc. zgromadzonych przez Uczestnika środków):	
---	--

### SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY

Proszę dokonać wypłaty środków na rachunek bankowy o numerze:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dane dla przelewów zagranicznych:

Nazwa banku:	SWIFT:
--------------	--------

### ZAŁĄCZNIKI

Do formularza załączam odpowiednio orzeczenie medyczne lub zaświadczenie lekarza medycyny potwierdzające wystąpienie poważnego zachorowania w rozumieniu art. 2 ust.1 pkt 23 ustawy o PPK:

### PODPIS UCZESTNIKA

Miejscowość:	Podpis:
Data:	

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH O STANIE ZDROWIA (UDZIELANA PRZEZ OSOBĘ,  
KTÓREJ DOTYCZĄ INFORMACJE O STANIE ZDROWIA)****A. ZGODA WYRAŻANA PRZEZ UCZESTNIKA PPK, MAŁŻONKA UCZESTNIKA PPK LUB DZIECKO  
UCZESTNIKA PPK POSIADAJĄCE PEŁNĄ ZDOLNOŚĆ DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH, JEŻELI  
INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DOTYCZĄ TEJ OSOBY.**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez dobrowolny/e fundusz/e emerytalny/e z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa, zarządzany przez Pocztylion-Arka Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa, KRS 0000011947, NIP 526-229-15-09, REGON 014859579, o kapitale zakładowym w wysokości 25.013.280 zł (dalej także jako „**Towarzystwo**”), do którego/ych należy Uczestnik PPK danych o moim stanie zdrowia zawartych w załącznikach do niniejszej dyspozycji potwierdzających wystąpienie u mojej osoby poważnego zachorowania w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 23 ustawy o PPK, celem rozpatrzenia wniosku o wypłatę środków zgromadzonych na rachunku Uczestnika PPK Pocztylion oraz wykonania obowiązków wynikających z przepisów ustawy o PPK, w szczególności art. 101 tej ustawy.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że podanie danych osobowych jest niezbędne dla rozpatrzenia dyspozycji wypłaty środków oraz że mogę cofnąć zgodę w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej cofnięciem, przy czym cofnięcie zgody przed rozpoznaniem wniosku uniemożliwi realizację dyspozycji.

Oświadczam także, że zapoznałem/am się z niżej zamieszczoną „Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych”.

\_\_\_\_\_  
(data, czytelny podpis imieniem i nazwiskiem) \*

\* Zgoda winna być podpisana przez osobę, której dotyczą załączniki do formularza wskazujące na poważne zachorowanie (osoby, w związku z której zachorowaniem składana jest dyspozycja wypłaty środków zgromadzonych na rachunku Uczestnika PPK Pocztylion), z wyłączeniem przypadku dziecka uczestnika PPK które nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych – w takim wypadku zastosowanie znajduje pkt B poniżej.

**B. ZGODA WYRAŻANA PRZEZ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA UCZESTNIKA PPK JEŻELI  
INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DOTYCZĄ TEGO DZIECKA, A DZIECKO NIE POSIADA PEŁNEJ  
ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH.**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez dobrowolny/e fundusz/e emerytalny/e z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa, zarządzany przez Pocztylion-Arka Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa, KRS 0000011947, NIP 526-229-15-09, REGON 014859579, o kapitale zakładowym w wysokości 25.013.280 zł (dalej także jako „**Towarzystwo**”), do którego/ych należy Uczestnik PPK danych o stanie zdrowia dziecka zawartych w załącznikach do niniejszej dyspozycji potwierdzających wystąpienie u mojego dziecka (które nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych) poważnego zachorowania w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 23 ustawy o PPK, celem rozpatrzenia wniosku o wypłatę środków zgromadzonych na rachunku Uczestnika PPK Pocztylion oraz wykonania obowiązków wynikających z przepisów ustawy o PPK, w szczególności art. 101 tej ustawy.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że podanie danych osobowych jest niezbędne dla rozpatrzenia dyspozycji wypłaty środków oraz że zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej cofnięciem, przy czym cofnięcie zgody przed rozpoznaniem wniosku uniemożliwi realizację dyspozycji.

Oświadczam także, że zapoznałem/am się z niżej zamieszczoną „Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych”.

\_\_\_\_\_  
(data, czytelny podpis imieniem i nazwiskiem przedstawiciela ustawowego dziecka Uczestnika PPK) \*

**PODPIS UCZESTNIKA**

Miejscowość:	Podpis:
Data:	