

PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI

1. Osoba uprawniona to na potrzeby niniejszego formularza osoba fizyczna wskazana przez Uczestnika PPK, której zostaną wypłacone środki zgromadzone na Rejestrach PPK w przypadku jego śmierci.
2. Formularz jest przeznaczony dla Uczestnika PPK, który zamierza ustanowić osoby uprawnione, zaktualizować ich dane osobowe lub dokonać zmiany wcześniej wskazanych osób uprawnionych.
3. Należy wydrukować i czytelnie wypełnić wszystkie pola formularza.
4. W przypadku niewskazania udziałów osób uprawnionych, przyjmuje się, że udziały tych osób są równe.
5. Podpis osoby składającej zlecenie należy poświadczyć notarialnie. Jest to sposób umożliwiający poprawną weryfikację danych osoby składającej dyspozycję oraz własnoręczność złożonego podpisu. Możliwe jest również złożenie zlecenia za pośrednictwem pracodawcy, o ile pracodawca wyraził zgodę na przekazywanie dyspozycji do funduszu.
6. W przypadku braku lub nieprawidłowego uzupełnienia wymaganych pól, dyspozycja może nie zostać zrealizowana.

| | |
|--|--|
| Nazwa Pracodawcy, który zawarł umowę o prowadzenie PPK z Santander PPK SFIO* | |
| NIP Pracodawcy* | |
| Numer rachunku PPK (zamieszczony na rocznym zestawieniu transakcji PPK) | |

.....
miejsowość

.....
data

DANE IDENTYFIKUJĄCE UCZESTNIKA PPK:

| | |
|------------------------------|--|
| Imię i nazwisko* | |
| PESEL* | |
| Data urodzenia ¹⁾ | |

¹⁾ pole obowiązkowe w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL.

Oświadczam, że:

- (zaznaczyć w przypadku wskazania osób uprawnionych po raz pierwszy)** wskazuję następujące osoby uprawnione do wypłaty środków zgromadzonych na moim Rejestrze Uczestnika PPK w przypadku mojej śmierci:
- (zaznaczyć w przypadku zmiany osób uprawnionych lub zmiany danych osobowych wskazanych wcześniej osób)** zastępuję obecne osoby uprawnione do wypłaty środków zgromadzonych na moim Rejestrze Uczestnika PPK po mojej śmierci, osobami wskazanymi poniżej:

WAŻNE! Zmiana osób uprawnionych jest jednoznaczna z unieważnieniem postanowień wcześniejszej Dyspozycji dotyczącej wskazania osób uprawnionych (zastąpienie wskazanych dotychczas osób uprawnionych). W przypadku zmiany danych osoby uprawnionej należy podać komplet danych tej osoby, a w przypadku występowania również

innych osób uprawnionych należy powtórzyć ich dane – w przeciwnym wypadku osobą uprawnioną zostanie wyłącznie osoba wskazana poniżej.

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko* | |
| PESEL* | |
| Data urodzenia ¹⁾ | |
| % udziału w środkach zgromadzonych na rachunku PPK** | |

¹⁾ pole obowiązkowe w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL.

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko* | |
| PESEL* | |
| Data urodzenia ¹⁾ | |
| % udziału w środkach zgromadzonych na rachunku PPK** | |

¹⁾ pole obowiązkowe w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL.

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko* | |
| PESEL* | |
| Data urodzenia ¹⁾ | |
| % udziału w środkach zgromadzonych na rachunku PPK** | |

¹⁾ pole obowiązkowe w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL.

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko* | |
| PESEL* | |
| Data urodzenia ¹⁾ | |
| % udziału w środkach zgromadzonych na rachunku PPK** | |

¹⁾ pole obowiązkowe w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL.

** Wskazując osoby uprawnione składający Deklarację winien wskazać udział procentowy poszczególnych osób uprawnionych do otrzymania środków z PPK w przypadku śmierci Uczestnika PPK.

Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania środków po śmierci Uczestnika PPK staje się bezskuteczne, jeżeli osoba ta zmarła przed śmiercią Uczestnika PPK. W takim przypadku udział, który był przeznaczony dla zmarłego, przypada w częściach równych pozostałym osobom wskazanym, chyba że Uczestnik PPK zadysponuje tym udziałem w inny sposób.

Udział procentowy oznacza procent jednostek uczestnictwa zapisanych na wszystkich subrejestrach Uczestnika PPK prowadzonych w ramach jednej umowy o prowadzenie PPK.

Informujemy, że Polityka informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie internetowej <https://www.santander.pl/tfi/przydatne-informacje/polityka-przetwarzania-danych-osobowych> .

Podpis składającego zlecenie

Poświadczenie notarialne podpisu pod dyspozycją
lub podpis Administratora PPK Pracodawcy

* Pole obowiązkowe do wypełnienia