

# UKONČENÍ PENZIJNÍHO PŘIPOJIŠTĚNÍ

## SE ŽÁDOSTÍ O PŘEVOD PROSTŘEDKŮ Z TRANSFORMOVANÉHO FONDU STABILITA DO ÚČASTNICKÝCH FONDŮ ČSOB PENZIJNÍ SPOLEČNOSTI, A. S., ČLENA SKUPINY ČSOB,

se sídlem Radlická 333/150, Praha 5, PSČ 150 57, IČO 61859265, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2809, tel.: 495 800 600, fax: 224 119 536 (dále jen „ČSOB Penzijní společnost“)

S1	S2	S3	Číslo smlouvy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ukončuji penzijní připojištění uzavřené podle zákona č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem, v platném znění, a žádám o převod prostředků evidovaných v můj prospěch z Transformovaného fondu Stabilita ČSOB Penzijní společnosti do účastnických fondů ČSOB Penzijní společnosti dle § 191, odst. 3 zákona č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření.

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE ÚČASTNÍKA

Rodné číslo / č. pojištěnce zdr. pojišťovny	Datum narození	Místo narození	Stát narození	Státní občanství
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jméno	Příjmení	Titul před jménem	Titul za jménem	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mobil	E-mail			Pohlaví (M/Ž)
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Průkaz totožnosti <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> Jiný doklad	Číslo dokladu	Platnost do	Vydán kým	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresa trvalého bydliště		Číslo popisné	Číslo orientační	PSČ / ZIP kód
Ulice (místo)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obec	Část obce			Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Korespondenční adresa (Nevyplňujte, pokud je shodná s trvalým bydlištěm.)				
Adresa				Stát
<input type="text"/>				<input type="text"/>

Identifikace účastníka/žadatele, údaje a shoda podoby ověřeny podle:

<input type="checkbox"/> občanského průkazu	<input type="checkbox"/> cestovního pasu	<input type="checkbox"/> jiného dokladu	Číslo dokladu	<input type="text"/>
Vydal (stát, orgán)	Doba platnosti do	Státní občanství		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Číslo smlouvy, která má být ukončena . Tato smlouva byla v platnosti od .

Penzijní připojištění bude ukončeno dohodou k poslednímu dni měsíce  . (Nejdříve k poslednímu dni měsíce, ve kterém je dohoda sepsána a nejpозději k poslednímu dni druhého následujícího měsíce.)

Žádám o převod prostředků na smlouvu o doplňkovém penzijním spoření č. .

Zároveň prohlašuji, že nemám penzijní připojištění u jiné penzijní společnosti.

V  dne

Podpis:  účastníka  poručníka  opatrovníka  na základě plné moci

Ověřený podpis účastníka

Za ČSOB PS údaje ověřil/a a identifikaci provedl/a

Jméno  Příjmení

Podpis a razítko

Prostor k ověření

V případě podpisu opatrovníkem nebo na základě plné moci vyplňte následující údaje příslušné osoby: (Nutné je doložit dokument opravňující k podpisu, tj. rozsudek opatrovníckého soudu nebo plnou moc.)

Jméno	Příjmení	Rodné číslo / číslo pojištěnce zdr. pojišťovny
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození	Místo narození	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Trvalá adresa	PSČ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Korespondenční adresa		
<input type="text"/>		
Ověřeno dle OP / pasu / jiného dokladu, číslo dokladu	Doklad vydal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Doba platnosti dokladu	Státní občanství	Politicky exponovaná osoba <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<input type="text"/>	<input type="text"/>	