Allianz

Žádost o dodatečnou výplatu peněz
z ukončené smlouvy o penzijním spoření

Číslo smlouvy

Penzijní společnost (my): Allianz penzijní společnost a. s., Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO 25 61 26 03, obch. rejstřík u Měst. soudu v Praze, sp. zn. B 4972, www.allianz.cz, www.allianz.cz/napiste, tel.: +420 241 170 000

Účastník

*Jméno

*Příjmení

*Rodné číslo

*Číslo pojištěnce

E-mail

*Telefon

*Stát narození

*Státní příslušnost

Všechny státy daň. rezidentství

ČR ☐ Jiné

DIČ

Politicky exponovaná osoba ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. Ano ☐ Ne ☐

***Trvalý pobyt**

Ulice

Č.p/Č.o

Obec

PSČ

Stát

Doklad

Druh dokladu

OP ☐ Pas ☐

Číslo dokladu

Vydán kým

Vydán dne

Platnost do

Je-li platnost dokladu bez omezení, vyplňte „bez omezení“.

** Povinné údaje*

Způsob výplaty dávky

na účet

Č. účtu / Kód banky / Var. symbol

Svým podpisem potvrzuji, že žádám o vrácení finančních prostředků dle zákona č. 427/2011 Sb. o doplňkovém penzijním spoření v aktuálním znění.

Žádost Ministerstvu financí podává penzijní společnost souhrnně za oprávněné účastníky po skončení příslušného kalendářního čtvrtletí, ve kterém nám byla doručena Vaše žádost (tento formulář). Allianz penzijní společnost provede výplatu prostředků na účet účastníka do jednoho měsíce od vrácení prostředků od Ministerstva financí.

Datum žádosti

Podpis účastníka