



ČÍSLO SMLOUVY o doplňkovém penzijním spoření:

Penzijní společnost: Conseq penzijní společnost, a.s., se sídlem Rybná 682/14, Staré Město, 110 00 Praha 1, IČO: 27916430, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 12020 (dále jen „CPS“) Telefon: 225 988 225, Fax: 225 988 202, E-mail: penze@conseq.cz

A ÚDAJE O ÚČASTNÍKOVĚ

Titul před jménem	Jméno	Příjmení	Rodné příjmení	Titul za jménem
Vybte jedno z uvedeného: <input type="checkbox"/> Rodné číslo: <input type="checkbox"/> Číslo pojištění:		Datum narození	Pohlaví <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Státní občanství
Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> pas <input type="checkbox"/> jiné	Číslo průkazu	Datum vydání průkazu	Platnost průkazu do	Průkaz vydal

B KONTAKTNÍ ÚDAJE PRO VÝPLATU DÁVKY

Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační
Obec	PSČ	
Stát	Kód země	Telefon

C PODMÍNKY VÝPLATY

O výplatu předdůchodu může požádat účastník, pokud jsou splněny všechny podmínky:

- 1) Spořicí doba nejméně 60 kalendářních měsíců, resp. 120 kalendářních měsíců u smluv uzavřených po 31.12.2023.
- 2) Dosažení věku, který je o 5 let nižší než důchodový věk (posuzováno dle mužů bez ohledu na počet dětí)
- 3) Částka měsíční splátky musí být stanovena tak, aby dosahovala minimálně 30% průměrné hrubé mzdy v národním hospodářství vyhlášené MPSV za předchozí kalendářní rok.
- 4) Uvedení názvu zdravotní pojišťovny účastníka v sekci F níže.

D VÝŠE PROSTŘEDKŮ PRO VÝPOČET

Žádám o výplatu dávky starobní penze ve výši % naspořených prostředků. Pokud jsem nepožádal/a v předchozí větě o výplatu dávky penze ve výši 100 % naspořených prostředků (lze pouze po dosažení věku 60 let), žádám o výplatu zbývající části naspořených prostředků formou dávky jednorázového vyrovnání.

- Prohlašuji, že k datu podání této žádosti **mám přiznaný starobní důchod nebo jsem již podal žádost o důchod z důchodového pojištění** (dle zákona o důchodovém pojištění).
- Prohlašuji, že k datu podání této žádosti **nemám přiznaný starobní důchod a dosud jsem nepodal žádost o důchod z důchodového pojištění** (dle zákona o důchodovém pojištění). V případě, že se skutečnost dle předchozího věty změní, neprodleně o tom informuji CPS. Pokud dojde k vyplacení státních příspěvků, na něž mi nevznikl nárok, zavazuji se je bez prodlení vrátit na účet CPS.

Po přiznání dávky penze, resp. jednorázového vyrovnání, není možné pokračovat ve spoření na stávající smlouvě o doplňkovém penzijním spoření a v případě zájmu účastníka je třeba uzavřít novou smlouvu.

E SPECIFIKACE VÝPLATY DÁVKY

Frekvence plnění - je realizována pouze MĚSÍČNĚ	Výše splátky - nutno zvolit pouze jednu z možností
	<input type="checkbox"/> S FIXNÍ VÝŠÍ SPLÁTKY výše splátky Kč
	<input type="checkbox"/> S FIXNÍM POČTEM SPLÁTEK počet splátek (min. 24 měsíčních splátek)

F NÁZEV ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Uvedte název zdravotní pojišťovny účastníka:

G ZPŮSOB VÝPLATY DÁVKY – STAROBNÍ PENZE

výplata v hotovosti poštovní poukázkou na výše uvedenou kontaktní adresu
(max. 270.000 Kč; pouze v ČR)

výplata převodem na bankovní účet:

Předčíslí:	Číslo účtu:	Kód banky:	Variabilní symbol:	Specifický symbol:
------------	-------------	------------	--------------------	--------------------

V PŘÍPADĚ VÝPLATY DO ZAHRANIČÍ JE NUTNÉ UVÉST NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE:

SWIFT kód:	IBAN:	Název a adresa banky (včetně země), ve které je účet veden:
------------	-------	---



H ZPŮSOB VÝPLATY DÁVKY – JEDNORÁZOVÉ VYROVNÁNÍ

Neuveďte-li účastník v této sekci platební instrukce, žádá dávku jednorázového vyrovnání vyplatit stejným způsobem jaký je uveden v instrukci k výplatě dávky penze v předchozí sekci G.

výplata v hotovosti poštovní poukázkou na výše uvedenou kontaktní adresu

(max. 270.000 Kč; pouze v ČR)

výplata převodem na bankovní účet:

Předčíslí:	Číslo účtu:	Kód banky:	Variabilní symbol:	Specifický symbol:
------------	-------------	------------	--------------------	--------------------

V PŘÍPADĚ VÝPLATY DO ZAHRANIČÍ JE NUTNÉ UVÉST NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE:

SWIFT kód:	IBAN:	Název a adresa banky (včetně země), ve které je účet veden:
------------	-------	---

V
Dne

Místo pro ověření totožnosti a podpisu (Czech POINT, notář, obecní úřad provádějící ověřování)

Podpis účastníka

Účastník svým podpisem stvrzuje správnost uvedených údajů