

**KB**

Penzijní společnost

KB Penzijní společnost, a.s.

Náměstí Junkových 2772/1

155 00 Praha 5

ŽÁDOST O DÁVKU DPS k datu:

(nejdříve k 1. dni následujícího měsíce)

Účastník

Číslo smlouvy o doplňkovém penzijním spoření

Rodné číslo účastníka

Příjmení

Jméno

Žádám o výplatu dávky ze smlouvy o doplňkovém penzijním spoření: (zvolenou variantu označte křížkem)☐**Penze starobní na určenou dobu** (výplata min. 36 měsíců, frekvence měsíčně nebo čtvrtletně)☐**Penze invalidní na určenou dobu** (výplata min. 36 měsíců, frekvence měsíčně nebo čtvrtletně)☐První mimořádná splátka penze ve výši % (daní se jako u jednorázového vyrovnání)☐**Předdůchod** (min. na 24 měsíců, výplata pouze měsíčně) Zdravotní pojišťovna

K žádosti o předdůchod je nezbytné uvést zdravotní pojišťovnu

Počet měsíců výplaty

Frekvence výplaty

☐**Jednorázové vyrovnání** (místo penze starobní nebo výplata určené osobě či dědici)☐**Odbyté účastníkovi**, určené osobě nebo dědici (výplata bez státních příspěvků)**Odmítnutí převodu prostředků do Povinného konzervativního účastnického fondu (PKUF)**☐

Žádám o výplatu dávky z Peněžního účastnického fondu*

* Prostředky k výplatě budou investovány v Peněžním účastnickém fondu a nebudou převedeny do PKUF (dle § 114 odst. 2), ZDPS)

Žádám o výplatu finančních prostředků:☐

Převodem na bankovní účet č.

Kód banky

☐

Hotově na pobočce KB (zpoplatněno – viz Sazebník)

☐

Poštovní poukázkou (zpoplatněno – viz Sazebník)

Následnou korespondenci zasílejte na adresu:

Jméno a příjmení	
Ulice, č.p.	
PSČ, Obec	

Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Mobilní tel.	

Určená osoba / dědic**Uzavřena následná smlouva s KB PS**Z vyplácené dávky požaduji na novou smlouvu DPS převést částku Kč: (jen u jednorázových výplat)

Druh průkazu	Číslo průkazu	Kdo vydal	Platnost do	Místo narození

Datum podpisu

Podpis účastníka (Určené osoby nebo dědice)

Jméno a příjmení poradce

místo pro úřední ověření podpisu

Identifikační číslo prodejce

Číslo prodejního místa

Podpis poradce