Dyspozycja wypłaty transferowej na rachunek prowadzony w ramach innego pracowniczego programu emerytalnego z polisy nr.....

WYPEŁNIA OSOBA WNIOSKUJĄCA O PRZEKAZANIE ŚRODKÓW DO INNEGO PPE							
Nazwisko	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|						
Imiona	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|						
NIP	|__|__|__|–|__|__|__|–|__|__|–|__|__|		Data urodzenia	|__|__|–|__|__|–|__|__|__|__|			
Nr PESEL	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		Telefon kontaktowy				
Adres zameldowania	kod	|__|__|–|__|__|__|	poczta				
ulica				nr domu		nr lokalu	
miejscowość							
Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania)							
kod	|__|__|–|__|__|__|		poczta				
ulica				nr domu		nr lokalu	
miejscowość							

Ja, niżej podpisany, niniejszym składam dyspozycję wypłaty transferowej – przeniesienia środków zgromadzonych w ramach pracowniczego programu emerytalnego do instytucji gromadzącej środki w ramach innego pracowniczego programu emerytalnego. Moje uczestnictwo w pracowniczym programie emerytalnym wygasło dnia (data wygaśnięcia uczestnictwa).....

Przystąpiłem / am do nowego pracowniczego programu emerytalnego na skutek*:

a) zmiany pracodawcy,
b) wypowiedzenia udziału w programie,
c) likwidacji pracowniczego programu emerytalnego,
d) zmiany formy pracowniczego programu emerytalnego lub podmiotu nim zarządzającego.

(* niepotrzebne skreślić)

POPRZEDNIE PPE

prowadzone przez (nazwa pracodawcy).....

.....

AKTUALNE PPE

prowadzone przez (nazwa pracodawcy).....

środki zarządzane przez (nazwa i adres instytucji).....

.....

rachunek (nr, nazwa banku).....

Do dyspozycji prosimy dołączyć kopię dowodu osobistego

..... |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__| .....

Miejscowość Data Podpis pracownika

WYPEŁNIA PRACODAWCA PROWADZĄCY POPRZEDNIE PPE
Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym danych zawartych w niniejszej dyspozycji.
Miejscowość
|__|__|-|__|__|-|__|__|__|__| .....
Data Pieczęć pracodawcy, imię i nazwisko oraz podpis osoby reprezentującej pracodawcę

WYPEŁNIA PRACODAWCA PROWADZĄCY AKTUALNE PPE
Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym danych zawartych w niniejszej dyspozycji.
..... Miejscowość
|__|__|-|__|__|-|__|__|__|__| .....
Data Pieczęć pracodawcy, imię i nazwisko oraz podpis osoby reprezentującej pracodawcę

WYPEŁNIA MetLife
Kwota do wypłaty: .....
..... Miejscowość |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__| Data ..... /podpis pracownika MetLife/
.....