Dyspozycja wypłaty środków zgromadzonych w ramach PPE polisa nr……

WYPEŁNIA OSOBA WNIOSKUJĄCA O PRZEKAZANIE ŚRODKÓW							
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 środków zgromadzonych w ramach pracowniczego programu emerytalnego firmy ..... . w związku z osiągnięciem*:

a) 60 roku życia
b) wcześniejszych uprawnień emerytalnych w wieku 55 lat

(*niepotrzebne skreślić)

W razie spełnienia warunku określonego w pkt. „b" prosimy o załączenie kopii odpowiednich decyzji ZUS

☐ Proszę o przelanie przysługujących mi środków na moje konto osobiste o numerze:

.....
/nazwa banku, numer oddziału/

.....
/numer rachunku/

☐ Przesłanie pieniędzy przekazem pocztowym na mój adres zameldowania j.w.

Do dyspozycji prosimy dołączyć kopię dowodu osobistego

.....	|__|__|-|__|__|-|__|__|__|__|	.....
Miejscowość	Data	Podpis pracownika

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