

Žádost o přerušení penzijního připojištění ve vztahu ke smlouvě o penzijním připojištění se státním příspěvkem

Číslo smlouvy

Účastník	Příjmení		Jméno		Titul	Státní občanství	Pohlaví ☐ M ☐ Ž
	Rodné číslo (přidělené v ČR) / Č. pojištěnce		Datum narození		Místo narození (město a země)		
	Průkaz totožnosti ☐ OP ☐ Pas Jiný:		Číslo průkazu totožnosti		Vydaný kým		Platný do
	Místo trvalého pobytu (ulice a číslo popisné) / Bydliště v EU		PSC		Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)		
	Telefon +		E-mail				

Přerušení penz. připojištění	V souladu s ustanovením § 19, odst. 2) zákona č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem a o změnách některých zákonů souvisejících s jeho zavedením v platném znění, žádám o přerušení penzijního připojištění ve vztahu k mé shora specifikované smlouvě u penzijní společnosti:	
	, a to ke dni	
Upozornění: Penzijní připojištění lze přerušit nejdříve prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po doručení písemného oznámení do penzijní společnosti.		

Datum a podpis	V 	 Podpis účastníka / popřípadě jeho zástupce	☐ zmocněnec ☐ opatrovník Příjmení a jméno zástupce účastníka
	Dne 		