

## DRUK ZMIAN I PRZELICZENIA UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH PPE

PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

### NUMER POLISY

\_\_\_\_\_

### I. DANE PRACODAWCY PROWADZĄCEGO PPE

Nazwa Pracodawcy prowadzącego PPE \_\_\_\_\_

Adres - ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_

Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

### II. DANE UCZESTNIKA

Nazwisko i imię Uczestnika \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

d d m m r r r r

### III. DYSPOZYCJA

zmiany udziału składki podstawowej w wybranym funduszu	zmiany udziału składki dodatkowej w wybranym funduszu	NAZWA FUNDUSZU	przeliczenia środków pochodzących ze składki podstawowej	przeliczenia środków pochodzących ze składki dodatkowej
<u>      </u> %	<u>      </u> %	Fundusz Obligacji PPE	<u>      </u> %	<u>      </u> %
<u>      </u> %	<u>      </u> %	Fundusz Stabilnego Wzrostu PPE	<u>      </u> %	<u>      </u> %
<u>      </u> %	<u>      </u> %	Fundusz Zrównoważony PPE	<u>      </u> %	<u>      </u> %
<u>      </u> %	<u>      </u> %	Fundusz Akcji PPE	<u>      </u> %	<u>      </u> %
<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>Razem</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z zasadami odpowiedniej operacji opisanymi w umowie zakładowej.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Podpis Uczestnika

Podpis Pracodawcy

data podpisania

d d m m r r r r

### UWAGA!

Przeliczenie jednostek na dany fundusz docelowy może być dokonywane wyłącznie w przypadku, jeżeli fundusz docelowy został udostępniony w ramach danego pracowniczego programu emerytalnego poprzez wskazanie go w treści umowy zakładowej. W przypadku złożenia dyspozycji przeliczenia na fundusz docelowy, który nie został udostępniony w ramach danego programu – dyspozycja taka jest bezskuteczna i nie zostanie zrealizowana. Przeliczenie jednostek następuje w terminach i w sposób określony szczegółowo w umowie zakładowej – w przypadku złożenia dyspozycji niezgodnej z postanowieniami umowy zakładowej jest ona nieskuteczna i nie zostanie zrealizowana.