



Číslo účastníckej zmluvy

Žiadosť o priznanie jednorazového vyrovnania

(DP 4Z a zmluvy s podpisom/dodatkom od 1. 1. 2014)

NN Tatry – Sympatia, d.d.s., a.s., zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č.: 3799/B, so sídlom Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, IČO: 35976853, DIČ: 2022119836, Klientska linka: 0850 111 464, klient@nn.sk, www.nn.sk (ďalej len „Spoločnosť“)

Osobné údaje účastníka¹

Priezvisko, meno a titul _____ Rodné číslo _____

Miesto narodenia (mesto a štát); ak pole nevyplníte, má sa za to, že miestom narodenia je SR. _____

Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, obec, štát) _____ PSČ _____

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, obec, štát) _____ PSČ _____
(vyplniť len v prípade adresy odlišnej od adresy trvalého pobytu)

Druh dokladu totožnosti _____ Číslo dokladu totožnosti _____

Štátna príslušnosť _____ Telefonický kontakt _____ E-mailový kontakt _____

Beriem na vedomie, že pokiaľ uvediem v tejto žiadosti pri vyplňovaní svojich identifikačných/kontaktných údajov niektorý z týchto údajov v novej, aktualizovanej podobe (oproti pôvodnému stavu na zmluve, ku ktorej sa táto žiadosť vzťahuje), považuje sa táto žiadosť tiež za žiadosť o zmenu týchto identifikačných/kontaktných údajov.

Žiadam o priznanie jednorazového vyrovnania z dôvodu poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 %

Dávku žiadam priznať z neúplného účtu

Posledný príspevok na doplnkové dôchodkové sporenie bude (bol) odvedený za¹ mesiac _____ rok _____

Jednorazové vyrovnanie žiadam vyplatiť¹

na bankový účet IBAN _____

šekovou poukážkou na vyššie uvedenú korešpondenčnú adresu

Vyhlásenia účastníka

- Beriem na vedomie, že Spoločnosť spracúva moje osobné údaje ako účastníka v súlade s ustanoveniami zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení, ustanovením § 28a zákona č. 650/2004 Z. z. o doplnkovom dôchodkovom sporení v platnom znení alebo podľa osobitných predpisov a zároveň z dôvodu, že spracúvanie osobných údajov je nevyhnutné na plnenie účastníckej zmluvy. Ďalšie informácie o spracúvaní osobných údajov účastníka a ďalších dotknutých osôb sú uverejnené na webovom sídle Spoločnosti.
- Vyhlasujem, že nie som daňovým rezidentom USA v zmysle zákona č. 359/2015 Z. z. o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní v platnom znení. Ak ste daňovým rezidentom USA v zmysle uvedeného zákona, označte krížikom Áno a uvedte DIČ: _____
- Vyhlasujem, že nie som držiteľom zelenej karty (pristáhovateľské víza USA). Ak ste držiteľom zelenej karty, označte krížikom. Áno
- Vyhlasujem, že môj zástupca, investičný poradca alebo splnomocnenec nie je americká osoba. Ak váš zástupca, investičný poradca alebo splnomocnenec je americká osoba, označte krížikom. Áno
- Beriem na vedomie, že pre spracovanie tejto žiadosti môžem byť kontaktovaný zo strany Spoločnosti za účelom doloženia ďalších dokumentov.

V¹dňa¹Podpis účastníka³

Identifikácia a overenie identifikácie účastníka

Zamestnanec Spoločnosti/viazaný finančný agent Spoločnosti/zástupca maklérskej spoločnosti, týmto vyhlasuje a potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu účastníka na základe jeho dokladu totožnosti, a to:

- na mieste
 vzdialene (Je potrebné doloženie kópie dokladu totožnosti. V prípade jej nedoloženia sa žiadosť považuje za neúplnú, pričom Spoločnosť spracúva iba úplné žiadosti.)

Údaje zamestnanca Spoločnosti/viazaného finančného agenta Spoločnosti/zástupcu maklérskej spoločnosti

IdMA	Číslo registrácie v NBS ⁴	Meno a priezvisko/Obchodné meno ⁵	Podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obchodné meno maklérskej spoločnosti		IdMA maklérskej spoločnosti	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Miesto pre úradné osvedčenie pravosti podpisu účastníka notárom alebo matrikou

Príloha: Overená kópia rozhodnutia zo Sociálnej poisťovne o priznaní invalidného dôchodku z dôvodu poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 % alebo iné potvrdenie preukazujúce invaliditu účastníka z dôvodu poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 % (bez prílohy je žiadosť neúplná)¹.

Poznámka:

Ak účastníka zastupuje iná osoba, je potrebné predložiť tiež vyplnený formulár „Doplnenie identifikácie“ s uvedením kompletných identifikačných údajov zástupcu. V prípade nepredloženia formulára bude zo strany Spoločnosti pred zaevidovaním oznámenia požadované doplnenie identifikácie zástupcu účastníka.

¹ V prípade nevyplnenia bude žiadosť považovaná za neúplnú.

² K žiadosti je potrebné priložiť overenú kópiu rozhodnutia Sociálnej poisťovne o priznaní invalidného dôchodku z dôvodu poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 % alebo iné potvrdenie preukazujúce invaliditu účastníka z dôvodu poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 %, ak táto skutočnosť nastala po uzatvorení zmluvy.

³ Spoločnosť bude akceptovať overenie realizované oprávneným zástupcom Spoločnosti, príp. notárom alebo matrikou.

⁴ Nie je potrebné uvádzať v prípade, ak ide o zamestnanca Spoločnosti.

⁵ Ak ide o viazaného finančného agenta, ktorý je právnickou osobou, uveďte aj meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorá vykonáva overenie v mene viazaného finančného agenta.