



## UMOWA ODSZKODOWAWCZA I WNIOSEK O WSTRZYMANIE PŁATNO CI

Do: CHICAGO & VICINITY LABORERS' PENSION FUND

Data \_\_\_\_\_

Proszę o wstrzymanie

płatności na rzecz emerytury numer. \_\_\_\_\_, z datą \_\_\_\_\_, na kwotę  
\$ \_\_\_\_\_ (Gross: \$ \_\_\_\_\_; F.W.T.: \$ \_\_\_\_\_; Ins.: \$ \_\_\_\_\_; Net:  
\$ \_\_\_\_\_), płatne na rachunek \_\_\_\_\_, Nr ID Uczestnika: \_\_\_\_\_.

Wnoszę o zastąpienie tego czeku, ponieważ, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, oryginał był:

Nigdy nie otrzymałem

Zgubiony

Zniszczony

Skradziony

Inny \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na zwrot oryginalnego niezrealizowanego czeku bezpośrednio do Was, jeśli znajdzie się on w moim posiadaniu w dowolnym momencie.

Ma to na celu poinformowanie, że oryginalny czek mi nie został potwierdzony ani przeniesiony oraz że w przypadku zrealizowania czeku wyrażam zgodę albo na sporządzenie i dostarczenie Rastry w oświadczenia stwierdzającego, że taka realizacja została dokonana bez mojego podpisu i w celu wyrażenia ady zabezpieczyć Was przed wszelkimi stratami, szkodami, kosztami lub wydatkami, które może ponieść w związku z wydaniem i dostarczeniem mi nowego czeku. Ponadto informuję, że będę odpowiedzialny za wszelkie niezbędne zwroty, jeśli otrzymam i odbiorę płatność zarówno za czek oryginalny jak i za czek zastępczy.

Świadek NIE MOŻE BYĆ KREWNYM

Podpis Emeryta

Street Address

Street Address

City

City

Phone Number

Phone Number

## INSTRUKCJA UMOWY O ODPOWIEDZIALNOŚĆ I WNIOSKU O WSTRZYMANIE PŁATNOŚCI

Ten formularz upoważnia Chicago & Vicinity Laborers' Pension Fund do wstrzymania wypłaty czeku emerytalnego i wystawienia czeku zastępczego. Należy go wypełnić, jeśli nie otrzymałeś czeku do 7 dnia miesiąca.

ODBIORCA EMERYTURY musi podpisać ten formularz.

1. Zadzwoń do Działu Emerytur pod numer (708) 562-0200 lub (866) 906-0200 wew. 530, aby zgłosić brak czeku, ponieważ mógł zostać zwrócony do Funduszu z powodu niezgłoszonej zmiany adresu lub przechowywany przez Fundusz w celu uzyskania wymaganego Rozliczenia rocznego.
2. Wpisz informacje dostarczone przez Departament ds. Emerytur dla następujących pozycji górze formularza:  
Tcej wpgmgo gt { wcp { pt  
z dat  
kwota  
Kwota Brutto  
Kwota F.W.T.  
Kwota Ins.  
Kwota Netto
3. Wpisz swoje imię i nazwisko oraz Number ID Uczestnika, a następnie zarówno ty, jaki i niepowiązany świadek musicie podpisać formularz i podać dane kontaktowe w odpowiednich miejscach.
4. Mo esz wysłać bezpo rednio do Działu Eo eryamei o poezv . hamsco nub e/o airo

**ATTN: PENSION DEPARTMENT  
CHICAGO & VICINITY LABORERS' PENSION FUND  
11465 W CERMAK RD  
WESTCHESTER IL 60154-5768**

**Telephone: (708) 562-0200 ext. 530 for Pension Department  
Email: pension@chilpwf.com  
Tollfree: (866) 906-0200**