

FZD/U nr

Nie wypełniać



FZDUF/ 6 / 1

FORMULARZ ZMIANY UPOSAŻONYCH

 dotyczy rachunku nr

W OTWARTYM FUNDUSZU EMERYTALNYM PZU „ZŁOTA JESIEŃ” z siedzibą w Warszawie 00-133, al. Jana Pawła II 24

UWAGA: ZŁOŻENIE NINIEJSZEGO FORMULARZA SKUTKUJE ODWOŁANIEM ZŁOŻONYCH DOTYCHCZAS OŚWIADCZEŃ WOLI DOTYCZĄCYCH OSÓB UPRAWNIONYCH DO ŚRODKÓW PO ŚMIERCI CZŁONKA FUNDUSZU !

Członek Funduszu - Pani/Pan (Należy wpisać dane osobowe zgłoszone do Funduszu)

Nazwisko		<input type="text"/>																	
Imię pierwsze												PESEL							
<input type="text"/>												<input type="text"/>							
Dokument tożsamości		Rodzaj (należy zaznaczyć jedno, właściwe pole)		Seria			Numer												
Dowód osobisty <input type="checkbox"/>		Paszport <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>												

 Niniejszym oświadczam, iż:
(zaznaczyć właściwe)

 1. wskazuję niżej wymienione osoby fizyczne jako uprawnione do środków na wypadek mojej śmierci

 2. rezygnuję z uprzednio wskazanych osób uprawnionych i nie wskazuję żadnych innych osób fizycznych

Zgodnie z ustawą z dnia 28 sierpnia 1997r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 34, poz.189 ze zm.), Członek Funduszu wskazując osoby uprawnione do środków może oznaczyć ich udział w tych środkach. **Suma wszystkich udziałów nie może przekraczać 100%**. Jeżeli suma udziałów osób uprawnionych jest mniejsza od 100% środki nierozdysponowane wejdą w skład spadku po Członku Funduszu.

1 uposażony

Nazwisko		<input type="text"/>																					
Imię												Data urodzenia						Procentowy udział w środkach					
<input type="text"/>												<input type="text"/>						<input type="text"/> %					
Adres zamieszkania/zameldowania																							
Ulica																		Nr domu				Nr lokalu	
<input type="text"/>																		<input type="text"/>				<input type="text"/>	
Miejscowość																							
<input type="text"/>																							
Kod pocztowy						Poczta																	
<input type="text"/>						<input type="text"/>																	
Gmina												Kraj		(Wypełnić w przypadku zaznaczenia pola Inny)									
<input type="text"/>												<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>									
												Polska <input type="checkbox"/>		Inny <input type="checkbox"/>									

FZD/U nr

Nie wypełniać



FZDUF/ 6 / 2

2 uposażony

Nazwisko	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> RR <input type="text"/> RR <input type="text"/> RR	Procentowy udział w środkach	<input type="text"/> <input type="text"/> %
Imię	<input type="text"/>				

Adres zamieszkania/zameldowania

Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>				
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	<input type="text"/>		
Gmina	<input type="text"/>	Kraj	<input type="text"/>		
		Polska <input type="checkbox"/>	Inny <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

3 uposażony

Nazwisko	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> RR <input type="text"/> RR <input type="text"/> RR	Procentowy udział w środkach	<input type="text"/> <input type="text"/> %
Imię	<input type="text"/>				

Adres zamieszkania/zameldowania

Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>				
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	<input type="text"/>		
Gmina	<input type="text"/>	Kraj	<input type="text"/>		
		Polska <input type="checkbox"/>	Inny <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na przesyłanie mi za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej informacji handlowych przez PTE PZU SA z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24.

Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na udostępnianie moich danych osobowych w celach marketingowych następującym podmiotom: PZU Życie SA, PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00 – 133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanim kapitałowo z PTE PZU SA. Powyższe dane podaję dobrowolnie.

Informacje roczne i na żądanie o środkach zgromadzonych na rachunku chcę otrzymywać pocztą elektroniczną na adres e-mail zgłoszony przeze mnie do Funduszu (w przypadku braku adresu e-mail lub podania błędnego adresu e-mail informacje będą przekazywane listem zwykłym na adres do korespondencji).

W przypadku, gdy Członek Funduszu pragnie uposażyć większą liczbę osób niż zawiera niniejszy Formularz, należy wypełnić kolejny Formularz (FZD/U) z identyczną datą jak niniejszy. Łączna liczba składanych Formularzy: (wypełnia się na pierwszym Formularzu)



v2

.....
podpis Członka Funduszu

Data podpisania formularza

 DD MM RR RR RR