

Nie wypełniać



F Z D U F I / 8 / 1

**ZMIANA UPOSAŻONYCH W OFE PZU**

rachunek nr

UWAGA: ZŁOŻENIE FORMULARZA SKUTKUJE ODWOŁANIEM POPRZEDNIEJ DYSPOZYCJI DOTYCZĄCEJ OSÓB UPOSAŻONYCH DO ŚRODKÓW PO ŚMIERCI CZŁONKA OFE PZU.**Dane kontaktowe:**

Adres e-mail

Telefon domowy

Telefon komórkowy

Członek OFE PZU - (Proszę wpisać dane osobowe zgłoszone do OFE PZU)

Nazwisko

Imię pierwsze

PESEL

Dokument tożsamości

Rodzaj (Proszę zaznaczyć jedno pole)

Dowód osobisty Paszport Seria Numer **1. Uposażony:**

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

Udział w środkach

%**Adres zamieszkania**

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Polska Inny

(Wypełnić w razie zaznaczenia pola Inny)



Nie wypełniać

2. Uposażony:

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

Udział w środkach

%

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Polska Inny

(Wypełnić w razie zaznaczenia pola Inny)

3. Uposażony:

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

Udział w środkach

%

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Polska Inny

(Wypełnić w razie zaznaczenia pola Inny)

Suma wszystkich udziałów nie może przekroczyć 100%. Jeśli będzie niższa niż 100% nierozdysponowane środki wejdą w skład spadku po członku OFE PZU.

Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na przesyłanie mi za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej informacji handlowych oraz na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego przez PTE PZU SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

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, PTE PZU SA, których siedziby znajdują się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PTE PZU SA. Powyższe dane podaję dobrowolnie.

Aby uposażyć kolejne osoby, proszę wypełnić dodatkowy Formularz (FZD/U) z identyczną datą podpisania.

Łączna liczba składanych FZD/U (proszę wypełnić na pierwszym FZD/U)

v1

Podpis Członka OFE PZU

Data podpisania formularza