Nordea LIFE & PENSIONS

NORDEA OTWARTY FUNDUSZ EMERYTALNY

nr Rachunku

Wypełnianie formularza załącznika do Umowy w polach o kolorze jasnoczerwonym nie jest obowiązkowe.

Formularz Zmiany Osób Uposażonych

(Załącznik do Umowy o członkostwo w Nordea Otwartym Funduszu Emerytalnym) P - Z1B 03/07

Niniejszy załącznik stanowi integralną część Umowy o członkostwo w Nordea Otwartym Funduszu Emerytalnym, zawartej pomiędzy Nordea Otwartym Funduszem Emerytalnym z siedzibą w Warszawie, utworzonym i zarządzanym przez Nordea Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A. z siedzibą w Warszawie, a Członkiem:

pierwsze imię

drugie imię

nazwisko

PESEL

NIP - - -

WSKAZANIE OSÓB UPOSAŻONYCH

W związku z podjęciem przez Członka Funduszu decyzji o zmianie Osób Uposażonych, niniejszym Członek oświadcza, że cofa uposażenie dla Osób Uposażonych wskazanych w art. 6 Umowy o Członkostwo oraz załącznika zmian i wskazuje następujące osoby fizyczne jako Uposażone:

imię

procentowe oznaczenie udziału w środkach przypadających Uposażonemu po śmierci Członka %

nazwisko

data urodzenia d d / m m / r r r r

PESEL

ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA

ulica

nr domu

nr lokalu

poczta

miejscowość

kod pocztowy -

imię

procentowe oznaczenie udziału w środkach przypadających Uposażonemu po śmierci Członka %

nazwisko

data urodzenia d d / m m / r r r r

PESEL

ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA

ulica

nr domu

nr lokalu

poczta

miejscowość

kod pocztowy -

imię

procentowe oznaczenie udziału w środkach przypadających Uposażonemu po śmierci Członka %

nazwisko

data urodzenia d d / m m / r r r r

PESEL

ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA

ulica

nr domu

nr lokalu

poczta

miejscowość

kod pocztowy -

imię

procentowe oznaczenie udziału w środkach przypadających Uposażonemu po śmierci Członka %

nazwisko

data urodzenia d d / m m / r r r r

PESEL

ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA

ulica

nr domu

nr lokalu

poczta

miejscowość

kod pocztowy -

pouczenie: W przypadku wskazania kilku Osób Uposażonych bez oznaczenia ich udziału w tych środkach uznaje się, że udziały tych osób są równe
pouczenie: Łączna suma oznaczonych procentowo udziałów Osób Uposażonych wskazanych w niniejszym załączniku powinna wynosić nie więcej niż 100

Niniejszy załącznik został podpisany przez Członka Funduszu, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach

w dniu d d / m m / r r r r

Czytelny podpis Członka Funduszu