

Po wypełnieniu należy odesłać na adres: **ProService Finteco Sp. z o.o., ul. Konstruktorska 12A, 02-673 Warszawa**

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nazwisko | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| Imiona | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| Numer PESEL | <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

Wymienione poniżej osoby uprawniaj do otrzymania środków zgromadzonych w MetLife OFE po mojej śmierci:

| Imię i nazwisko uprawnionego | Data urodzenia dzień / miesiąc / rok | Adres zamieszkania kod pocztowy / poczta / miejscowość / ulica | Udział uprawnionego |
|-------------------------------------|--|--|----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Niniejsza dyspozycja anuluje listę uposażonych uprzednio wskazanych.

Liczba uposażonych jest dowolna. Suma udziałów powinna wynosić 100%, w innym przypadku środki zostaną rozdysponowane zgodnie z art. 82, 131-132a aktualnie obowiązującej ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

Uwaga: tylko podpisany formularz jest ważny!_____
Data i podpis Klienta MetLife OFE