

Po wypełnieniu należy odesłać na adres: **MetLife PTE S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa**

Dane identyfikacyjne zmarłego Członka Funduszu

Nazwisko	<input type="text"/>																	
Imiona	<input type="text"/>																	
Numer PESEL	<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"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dane i adres do korespondencji osoby zgłaszającej zgon

Imię i nazwisko	<input type="text"/>									
Adres do korespondencji	Kraj / kod pocztowy / poczta / miejscowość / ulica / nr domu / nr mieszkania									
Numer telefonu stacjonarny / komórkowy	<input type="text"/>									
Adres e-mail	<input type="text"/>									

* Wymagana, jeśli nie podano numeru PESEL.

Załączniki

(prosimy wstawić znak „X” w pole odpowiadające załączonym dokumentom)

- Odpis skrócony aktu zgonu (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem – dodatkowe informacje dostępne są na stronie internetowej www.metlife.pl w zakładce Obsługa Klienta / Zgłoś roszczenie / Emerytura (OFE oraz IKZE, IKE w MetLife DFE) – [więcej informacji](#))
- Inne

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

W celu uzyskania dodatkowych informacji prosimy o kontakt pod numerem telefonu: 22 523 50 70 lub 22 523 56 15, 22 523 56 18, 22 523 56 26

Uwaga: tylko podpisany formularz jest ważny!

Data i podpis osoby zgłaszającej zgon