Nordea LIFE & PENSIONS

NORDEA OTWARTY FUNDUSZ EMERYTALNY

nr Rachunku

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

Formularz Małżeński

(Załącznik do Umowy o członkostwo w Nordea Otwartym Funduszu Emerytalnym) P – Z1D 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 (przed zawarciem związku małżeńskiego)

PESEL

NIP

1. OŚWIADCZENIE O AKTUALNYCH DANYCH OSOBOWYCH CZŁONKA FUNDUSZU

pierwsze imię

drugie imię

nazwisko (po zawarciu związku małżeńskiego)

PESEL

NIP

DOKUMENT TOŻSAMOŚCI

dowód osobisty seria numer paszport seria numer

pouczenie: Proszę podać numer oraz serię jednego z dokumentów tożsamości, w przypadku braku numeru PESEL lub numeru NIP.

ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA

ulica

numer domu numer lokalu poczta

miejscowość kod pocztowy

telefon

numer kierunkowy

telefon komórkowy

adres e-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

pouczenie: Proszę wypełnić, jeżeli adres do korespondencji Członka jest inny, niż adres miejsca zamieszkania Członka.

ulica

numer domu numer lokalu poczta

miejscowość kod pocztowy

2. OŚWIADCZENIE O STOSUNKACH MAJĄTKOWYCH CZŁONKA FUNDUSZU

Członek oświadcza, że w wyniku zawarcia związku małżeńskiego istnieje wspólność majątkowa małżonków. ☐ TAK ☐ NIE

Członek oświadcza, że procentowy udział każdego z małżonków we wspólnym majątku wynosi:

Udział Członka ___ %

Udział współmałżonka ___ %

Jeżeli NIE, proszę załączyć odpis stosownego wyroku sądowego albo kopię umowy ograniczającej lub wyłączającej wspólność majątkową.

3. OŚWIADCZENIE O DANYCH OSOBOWYCH WSPÓŁMAŁŻONKA

imię współmałżonka

data zawarcia związku małżeńskiego* d d / m m / r r r r

nazwisko współmałżonka (po zawarciu związku małżeńskiego)

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

PESEL

ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA WSPÓŁMAŁŻONKA

pouczenie: Proszę wypełnić, jeżeli adres miejsca zamieszkania współmałżonka jest inny, niż adres miejsca zamieszkania Członka Funduszu.

ulica

numer domu numer lokalu poczta

miejscowość kod pocztowy

4. WSKAZANIE OSÓB UPOSAŻONYCH

Oświadczam, że cofam uposażenie dla Osób Uposażonych wskazanych w art. 6 Umowy o Członkostwo oraz załącznikach zmian i wskazuję następujące osoby fizyczne jako Uposażone:

1) współmałżonka ☐ TAK ☐ NIE

procentowe oznaczenie udziału w środkach przypadających Uposażonemu po śmierci Członka ___ %

2) inną osobę

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

numer domu numer 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
pouczenie: W przypadku wskazania przez Członka więcej, niż dwóch Osób Uposażonych, proszę wypełnić dodatkowy, udostępniony przez Fundusz formularz, stanowiący załącznik do Umowy

Czytelny podpis Członka Funduszu

Niniejszy załącznik został podpisany przez Członka Funduszu, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach w dniu d d / m m / r r r r

** Prosimy o załączenie kopii Odpisu skróconego aktu małżeństwa.*