

Imię i nazwisko uposażonego

Adres zamieszkania

Data urodzenia

Imię i nazwisko uposażonego

Adres zamieszkania

Data urodzenia

Zmiana wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych

Zmiana funduszu w którym inwestowane będą środki (tylko w rocznic polisy)

Składkę proszę inwestować w następujący fundusz

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | fundusz zrównoważony | 100% składki |
| <input type="checkbox"/> | fundusz obligacji | 100% składki |
| <input type="checkbox"/> | fundusz akcji | 100% składki |

Miejscowość

Data

Podpis uczestnika pracowniczego programu emerytalnego wnoszącego o wprowadzenie zmian

Wypełnia pracodawca

Potwierdzam przyjęcie niniejszej deklaracji uczestnictwa oraz zgodność zawartych w niej danych ze stanem faktycznym.

Miejscowość

Data

Pieczęć pracodawcy oraz imię i nazwisko osoby reprezentującej pracodawcę

Podpis osoby reprezentującej pracodawcę