



## Formularz zgłoszenia informacji o zgonie Członka Generali OFE

### Dane identyfikacyjne zmarłego Członka OFE

Nr rachunku Członka OFE	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Nazwisko Członka OFE	<input type="text"/>	Imię Członka OFE	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>	Data zgonu	<input type="text"/>
Stan cywilny zmarłego Członka OFE	<input type="text"/>		
Data urodzenia małżonka zmarłego Członka OFE*	<input type="text"/>		

### Dane kontaktowe osoby, do której zostanie przesłana korespondencja w sprawie wypłaty środków z tytułu zgonu Członka OFE

Nazwisko	<input type="text"/>	Imię	<input type="text"/>
----------	----------------------	------	----------------------

#### Adres do korespondencji

Ulica	<input type="text"/>	Numer domu	<input type="text"/>	Numer mieszkania	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	<input type="text"/>
Numer telefonu**	<input type="text"/>				

Miejscowość

Podpis osoby zgłaszającej

#### Załączniki: odpis aktu zgonu, odpis aktu małżeństwa

\* dotyczy sytuacji, gdy Członek Funduszu w chwili śmierci pozostawał w związku małżeńskim

\*\* pole nieobligatoryjne