

### RODZAJ ZLECENIA

<input type="checkbox"/> Zmiana danych	<input type="checkbox"/> Zmiana strategii wzorcowej	<input type="checkbox"/> Zwrot
<input type="checkbox"/> Wypłata	<input type="checkbox"/> Wypłata ratalna	<input type="checkbox"/> Wypłata transferowa

### DANE OSZCZĘDZAJĄCEGO

Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Adres korespondencyjny, (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)		
Tel. kontaktowy	Miejsce urodzenia	
PESEL lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL	Obywatelstwo, kraj urodzenia jeśli inny niż Polska	
Seria i numer <input type="checkbox"/> Dw. osobistego / <input type="checkbox"/> Paszportu	Data wydania	Data ważności, <input type="checkbox"/> Bezterminowo
<input type="checkbox"/> E-mail do potwierdzeń transakcji, wyrażam zgodę na otrzymywanie potwierdzeń drogą elektroniczną		
Typ podmiotu: <sup>2</sup>	01. Osoba fizyczna; 02. Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą;	
Numer identyfikacji podatkowej <sup>3</sup>	Kraj rezydencji podatkowej - podaj jeśli inny niż Polska	
Numer rachunku bankowego oszczędzającego dla zwrotów nadwyżki ponad roczny limit wpłat na IKZE oraz dla zwrotu w przypadku wypowiedzenia Umowy przez Fundusz.		
<input type="checkbox"/> oszczędzający jest osobą składającą zlecenie		

### DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ ZLECENIE - PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / PEŁNOMOCNIKA / OSOBY UPRAWNIONEJ \*

Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Miejsce urodzenia		
PESEL lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL	Obywatelstwo, kraj urodzenia jeśli inny niż Polska	
Seria i numer <input type="checkbox"/> Dw. osobistego / <input type="checkbox"/> Paszportu	Data wydania	Data ważności, <input type="checkbox"/> Bezterminowo
Typ podmiotu: <sup>2</sup>	01. Osoba fizyczna; 02. Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą;	

### WNIOSEK O ZMIANĘ STRATEGII

W ramach IKZE Oszczędzający wybiera następującą Strategię:

<input type="checkbox"/> Strategia Aktywna	<input type="checkbox"/> Strategia Zrównoważona	<input type="checkbox"/> Strategia Konserwatywna
<input type="checkbox"/> Strategia Indywidualna określi procentową alokację jednostek uczestnictwa w poszczególne fundusze (min 1% w subfundusze, łącznie 100%, pełne procenty)	Superfund Alternatywny	Superfund Akcyjny
	Superfund Spokojna Inwestycja	Superfund Obligacyjny
<input type="checkbox"/> Strategia Cyklu Życia		

### WNIOSEK O ZWROT Z IKZE

Proszę o przekazanie środków z tytułu zwrotu z IKZE na następujący rachunek bankowy:

numer rachunku bankowego
--------------------------

Dane Naczelnika Urzędu Skarbowego właściwego dla miejsca zamieszkania Oszczędzającego:

nazwa
-------

adres (ulica, nr, lokal, kod, miejscowość)
--

Oświadczam, że zostałem(am) pouczony(a) o konsekwencjach zwrotu środków zgromadzonych na IKZE.

### WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚRODKÓW Z IKZE

Dane Naczelnika Urzędu Skarbowego właściwego dla miejsca zamieszkania Oszczędzającego:

nazwa
-------

adres (ulica, nr, lokal, kod, miejscowość)
--

Uwaga! Brak informacji o właściwym Naczelniku Urzędu Skarbowego uniemożliwi dokonanie wypłaty.

Proszę o realizację wypłaty środków z IKZE w związku z:

<input type="checkbox"/> ukończeniem przeze mnie 65 lat życia	<input type="checkbox"/> śmiercią Oszczędzającego
---	---

Proszę wypełnić poniższe pola w przypadku wypłaty w ratach

Liczba rat	Słownie
------------	---------

Wypłata miesięcznych w ratach środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKZE następuje przez co najmniej 10 lat (120 rat). Jeżeli wpłaty na IKZE były dokonywane przez mniej niż 10 lat, wypłata w ratach może być rozłożona na okres równy okresowi, w jakim dokonywane były wpłaty. Pouczenie: Oszczędzający, który dokonywał wypłaty nie może ponownie założyć IKZE.

Proszę o przekazanie środków z tytułu wypłaty z IKZE na następujący rachunek bankowy:

numer rachunku bankowego
--------------------------

### WNIOSEK O WYPŁATĘ TRANSFEROWĄ Z IKZE

Proszę o realizację wypłaty transferowej z IKZE:

<input type="checkbox"/> do Innego IKZE
---

<input type="checkbox"/> w związku ze śmiercią Oszczędzającego
--

Nazwa innego IKZE (kopia przedłożonego oryginału potwierdzenia zawarcia umowy w zał.)
---

numer rachunku bankowego innego IKZE
--------------------------------------

### Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych

1)  Wyrażam zgodę /  nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w celu otrzymywania informacji handlowych, w tym marketingu bezpośredniego, wysyłanych przez Administratora, dotyczących usług i produktów Administratora, za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przez mnie adres e-mail. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

2)  Wyrażam zgodę /  nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w celu otrzymywania informacji handlowych, w tym marketingu bezpośredniego, wysyłanych przez Administratora, dotyczących usług i produktów Administratora, za pośrednictwem telefonu na podany przez mnie numer telefonu (w tym automatycznych systemów wywołujących). Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

Data i podpis Oszczędzającego
Imię i nazwisko pracownika POK
Data i podpis pracownika POK

### Oświadczam, że:

1. Został mi udostępniony dokument zawierający Kluczowe informacje dla inwestorów, oraz, że miałem/am możliwość zapoznania się z prospektem informacyjnym Funduszu, statutem Funduszu oraz rocznym i półrocznym sprawozdaniem finansowym Funduszu oraz zapoznałem/am się z informacją na temat przetwarzania danych osobowych, udostępnionymi na stronie internetowej [www.superfund.pl](http://www.superfund.pl) oraz, że je rozumiem i akceptuję.

Data i podpis osoby składającej zlecenie - Przedstawiciela Ustawowego / Pełnomocnika / Osoby Uprawnionej *
PESEL pracownika POK
Nazwa i pieczęćka Dystrybutora

### OBJAŚNIENIA DO UMOWY O PROWADZENIE IKZE Z FUNDUSZAMI SUPERFUND

1 niewypełnienie pola jest traktowane jako potwierdzenie typu oznaczonego jako „01”

2 wypełniają osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą lub osoby będące zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług lub nierezydenci, którzy podają właściwy numer identyfikacyjny podatnika

\* niepotrzebne skreślić