

DOTYCZY

 Pełnomocnika Uprawnionego

ZLECENIE

 Wskazanie Odwołanie Zmiana Zmiana danych

DANE OSZCZĘDZAJĄCEGO

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Adres korespondencyjny, (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Tel. kontaktowy

 E-mail do potwierdzeń transakcji, wyrażam zgodę na otrzymywanie potwierdzeń drogą elektroniczną

PESEL lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

Obywatelstwo, kraj urodzenia jeśli inny niż Polska

Seria i numer

 Dw. osobistego / Paszportu

Data wydania

Data ważności,

 BezterminowoTyp podmiotu:¹01. Osoba fizyczna; 02. Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą;
03. Osoba fizyczna wykonująca wolny zawódNumer identyfikacji podatkowej²

Kraj rezydencji podatkowej - podaj jeśli inny niż Polska

 oszczędzający jest osobą składającą zlecenie

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / PEŁNOMOCNIKA *

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

Obywatelstwo, kraj urodzenia jeśli inny niż Polska

Seria i numer

 Dw. osobistego / Paszportu

Data wydania

Data ważności,

 BezterminowoTyp podmiotu:¹01. Osoba fizyczna; 02. Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą;
03. Osoba fizyczna wykonująca wolny zawód przedstawiciel ustawy / pełnomocnik jest osobą składającą zlecenie

DANE PEŁNOMOCNIKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Tel. kontaktowy

E-mail

PESEL lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

Obywatelstwo, kraj urodzenia jeśli inny niż Polska

Seria i numer

 Dw. osobistego / Paszportu

Kraj rezydencji podatkowej - podaj jeśli inny niż Polska

 Pełnomocnictwo bez ograniczeń Pełnomocnictwo do nabywania jednostek uczestnictwa Pełnomocnictwo do odkupienia jednostek uczestnictwa Pełnomocnictwo do konwersji jednostek uczestnictwa Odwołanie pełnomocnictwa

Oszczędzający wskazuje następujących Uprawnionych, w rozumieniu Regulaminu, którym w przypadku śmierci Oszczędzającego wypłacone zostaną środki zgromadzone na IKZE:

DANE OSÓB UPRAWNIIONYCH

1. Imię i nazwisko

PESEL

Udział %

2. Imię i nazwisko

PESEL

Udział %

3. Imię i nazwisko

PESEL

Udział %

4. Imię i nazwisko

PESEL

Udział %

5. Imię i nazwisko

PESEL

Udział %

Data i podpis Przedstawiciela ustawowego / Pełnomocnika *

PESEL pracownika POK

Nazwa i pieczęćka Dystrybutora

Data i podpis Oszczędzającego



Imię i nazwisko pracownika POK

Data i podpis pracownika POK

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