ZLECENIE W TRYBIE AWARYJNYM

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **37** | – |  | – |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **Numer Subrejestru** |  | **Numer zlecenia** |  **Data złożenia zlecenia** |
|  |  |  |  |
| **Typ uczestnictwa:** |  |  |  |
| Osoba fizyczna z pełną zdolnością do czynności prawnych |  | Osoba fizyczna z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Wspólny Subrejestr Małżeński (WSM)   |  | Osoba fizyczna bez zdolności do czynności prawnych |  |
|  |  |
| **ZLECENIE:** |  | Ustanowienie Pełnomocnictwa/ Dodanie Przedstawiciela Ustawowego |
|  |
|  |  | Odwołanie Pełnomocnictwa/ Wykreślenie Przedstawiciela Ustawowego |

1. **Dane Uczestnika**

|  |
| --- |
|  |

Imię i nazwisko

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data urodzenia: |  | Pesel: |  |
|  |  |  |  |
| Kraj urodzenia: |  | Obywatelstwo: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dokument tożsamości (niepotrzebne skreślić): |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Seria i numer dokumentu | Data wydania dokumentu | Data ważności dokumentu |
|  |  |  |  |
| Dowód osobisty: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| mDowód: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paszport: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Status dewizowy: |  |  |  | Nierezydent – kraj rezydencji: |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Adres stały: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica, nr domu/lokalu: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kraj: |  |

1. **Dane Uczestnika – Współmałżonka (dotyczy wyłącznie WSM)**

|  |
| --- |
|  |

Imię i nazwisko

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Data urodzenia: |  | Pesel: |  |
|  |  |  |  |
| Kraj urodzenia: |  | Obywatelstwo: |  |
|  |  |  |  |
| Dokument tożsamości (niepotrzebne skreślić): |
|  |
|  | Seria i numer dokumentu | Data wydania dokumentu | Data ważności dokumentu |
|  |  |  |  |
| Dowód osobisty: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| mDowód: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paszport: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Status dewizowy: |  |  |  | Nierezydent – kraj rezydencji: |  |
|  |
| Adres stały: |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |

 |
|  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica, nr domu/lokalu: |  |

 |
|  |  |  |  |  |  |
| Kraj: |  |

1. **Dane Przedstawiciela Ustawowego I/Pełnomocnika I**

|  |
| --- |
| **Zakres umocowania (dot. wyłącznie Pełnomocnika)**: |
|  |
| Nieograniczone |  |  |
|  |
| Ograniczone: |  | Do nabyć |  | Do odkupienia  |  | Do zamiany |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data urodzenia: |  | Pesel: |  |

 |
|

|  |
| --- |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj urodzenia: |  | Obywatelstwo: |  |

 |
|  |
| Dokument tożsamości (niepotrzebne skreślić): |

 |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Seria i numer dokumentu | Data wydania dokumentu | Data ważności dokumentu |
|  |  |  |  |
| Dowód osobisty: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| mDowód: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paszport: |  |  |  |

 |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Status dewizowy: |  |  |  | Nierezydent – kraj rezydencji: |  |

 |
|  |
| **Adres stały**: |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |

 |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica, nr domu/lokalu: |  |

 |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj: |  |

 |

1. **Dane Przedstawiciela Ustawowego II/Pełnomocnika II**

|  |
| --- |
| **Zakres umocowania (dot. wyłącznie Pełnomocnika)**: |
|  |
| Nieograniczone |  |  |
|  |
| Ograniczone: |  | Do nabyć |  | Do odkupienia  |  | Do zamiany |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data urodzenia: |  | Pesel: |  |

 |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj urodzenia: |  | Obywatelstwo: |  |

 |
|  |
| Dokument tożsamości (niepotrzebne skreślić): |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Seria i numer dokumentu | Data wydania dokumentu | Data ważności dokumentu |
|  |  |  |  |
| Dowód osobisty: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| mDowód: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paszport: |  |  |  |

 |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Status dewizowy: |  |  |  | Nierezydent – kraj rezydencji: |  |

 |
|  |
| Adres stały: |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |

 |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica, nr domu/lokalu: |  |

 |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Kraj: |  |

 |
|  |

1. **Składający zlecenie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Uczestnik |  | Przedstawiciel Ustawowy |  | Pełnomocnik/Pełnomocnicy |
|  |  |
| Inna osoba / Inne osoby – Rola: |   |

|  |
| --- |
| **Dane I osoby składającej zlecenie:\*\*** |
|  |
| Imię i nazwisko: |  |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data urodzenia: |  | Pesel: |  |

 |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj urodzenia: |  | Obywatelstwo: |  |

 |
|  |
| Dokument tożsamości (niepotrzebne skreślić): |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Seria i numer dokumentu | Data wydania dokumentu | Data ważności dokumentu |
|  |  |  |  |
| Dowód osobisty: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| mDowód: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paszport: |  |  |  |

 |
| **Dane II osoby składającej zlecenie:\*\*** |
|  |
| Imię i nazwisko: |  |
|  |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data urodzenia: |  | Pesel: |  |

 |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj urodzenia: |  | Obywatelstwo: |  |

 |
|  |
| Dokument tożsamości (niepotrzebne skreślić): |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Seria i numer dokumentu | Data wydania dokumentu | Data ważności dokumentu |
|  |  |  |  |
| Dowód osobisty: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| mDowód: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paszport: |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |

\* niepotrzebne skreślić

\*\* należy wypełnić tylko w przypadku, gdy składający zlecenie nie jest właścicielem Rejestru, w ramach którego zlecenie jest składane

1. **Oświadczenia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Oświadczam, iż zostały mi przedstawione Kluczowe Informacje dla Inwestorów Caspar Parasolowy FIO oraz akceptuję ich treść.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że na moje żądanie Fundusz bezpłatnie doręczy mi roczne i półroczne połączone sprawozdanie finansowe Funduszu oraz sprawozdania finansowe Subfunduszy, a także Prospekt Informacyjny. Powyższe dokumenty są dostępne również we wszystkich miejscach zbywania Jednostek Uczestnictwa oraz na stronie internetowej [www.caspar.com.pl](http://www.caspar.com.pl).
3. Potwierdzam, że są mi znane zasady i terminy realizacji zleceń, aktualnie obowiązująca tabela opłat oraz zasady opodatkowania dochodów z tytułu uczestnictwa w Funduszu. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących dokumentów regulujących funkcjonowanie Funduszu za pośrednictwem strony internetowej www.caspar.com.pl/dokumenty/tfi przy czym potwierdzam posiadanie przeze mnie regularnego dostępu do Internetu.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że z uczestnictwem w Funduszu wiąże się ryzyko, szczegółowo opisane w Prospekcie Informacyjnym. Mam świadomość, że wszystkie Subfundusze, wchodzące w skład Funduszu cechują się dużą zmiennością ze względu na skład portfela inwestycyjnego, oraz że Subfundusze Caspar Stabilny, Caspar Globalny i Caspar Obligacji mogą lokować większość aktywów w inne kategorie lokat niż papiery wartościowe lub instrumenty rynku pieniężnego, tj. w tytuły uczestnictwa lub instrumenty dłużne.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że szczegółowe zasady składania i rozpatrywania skarg i reklamacji opisane są w Polityce rozpatrywania skarg i reklamacji znajdującej się na stronie internetowej Towarzystwa www.caspar.com.pl.
6. Potwierdzam, że podane powyżej dane są pełne, poprawne, aktualne i zgodne z moją intencją. W przypadku zmiany tych danych zobowiązuję się do niezwłocznej ich aktualizacji. Jestem świadomy/a, że w przypadku błędów lub nieścisłości może nastąpić opóźnienie w rozliczeniu zlecenia lub brak realizacji zlecenia.
7. Zostałem/am poinformowany/a, że:
8. moje dane osobowe w związku z moim uczestnictwem w Funduszu są administrowane przez Caspar Parasolowy Fundusz Inwestycyjny Otwarty, reprezentowany przez Caspar Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych SA z siedzibą w Poznaniu przy ulicy Półwiejskiej 32, 61-888 Poznań;
9. celem przetwarzania moich danych osobowych przez Fundusz jest realizacja moich zleceń związanych z uczestnictwem w Funduszu na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1355, ze zm.). Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji tych zleceń;
10. Fundusz przetwarza moje dane osobowe również na potrzeby prowadzonej działalności w celach statystycznych, analitycznych, monitorowania ryzyka operacyjnego, rozpatrywania reklamacji, dochodzenia roszczeń, archiwizacji, realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności MIFID, AML, FATCA, CRS, a także w celu przekazywania materiałów marketingowych dotyczących Funduszu;
11. Fundusz przetwarza moje dane osobowe przez okres mojego uczestnictwa w Funduszu, a następnie przez okres 6 lat liczony od daty wyceny ostatniego umorzenia na uczestnictwie;
12. mam prawo dostępu i sprostowania moich danych osobowych oraz prawo do ich przeniesienia, a także do wniesienia skargi na Fundusz w związku z przetwarzaniem danych osobowych; skargę należy wnosić do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
13. mam także prawo do żądania usunięcia moich danych osobowych, żądania ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, jednak skorzystanie z tych praw uniemożliwi uczestnictwo w Funduszu i będzie skutkować odkupieniem moich jednostek uczestnictwa przez Fundusz;
14. Fundusz powierzył przetwarzanie moich danych osobowych Agentowi Transferowemu – ProService Finteco sp. z o.o. oraz Dystrybutorowi, za pośrednictwem którego jest przyjmowane dane zlecenie;
15. funkcję Inspektora Ochrony Danych Osobowych pełni pracownik Towarzystwa, z którym można się skontaktować pod adresem iodo@caspartfi.pl.

|  |
| --- |
|  |
| Podpis Składającego/-cych zlecenie |  | Podpis Składającego/-cych zlecenie |

Oświadczam, że dokonałem poprawnej identyfikacji i weryfikacji tożsamości reprezentanta/ pełnomocnika i/ lub innej osoby składającej zlecenie. |
|  |
| Imię i nazwisko Pracownika Dystrybutora/ Towarzystwa |
|  |
|  |
| Numer identyfikacyjny Pracownika Dystrybutora/ Towarzystwa – PESEL |
|  |
|  |
| Nazwa Dystrybutora/ Towarzystwa oraz numer POK |
|  |
|  |  |  |
| Stempel Dystrybutora/ Towarzystwa | Pieczęć imienna i podpis Pracownika Dystrybutora/ Towarzystwa |