ZLECENIE W TRYBIE AWARYJNYM

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **7** | – |  |  |  |  |  |  |  |  | – |  |  | – |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | – |  |  | – |  |  |  |  |
| Numer Subrejestru |  | Numer zlecenia | Data zlecenia |

|  |
| --- |
| **Typ uczestnictwa**: |
|  |  |  |
| Osoba fizyczna z pełną zdolnością do czynności prawnych |  |  | Os. fizyczna z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych |  |
|  |  |
| Wspólny Subrejestr Małżeński (WSM) |  |  | Osoba fizyczna bez zdolności do czynności prawnych |  |
|  |
| **Subfundusz**: |
|  |
| Subfundusz Caspar Akcji Europejskich |  |  | Subfundusz Caspar Stabilny |  |
|  |
| Subfundusz Caspar Globalny |  |  | Subfundusz Caspar Obligacji |  |
|  |  |
|  |
| **ZLECENIE:** |  | Odkupienie Jednostek Uczestnictwa |
|  |
|  |  | Odkupienie Jednostek Uczestnictwa z tytułu kosztów pogrzebu |
|  |
|  |  | Odkupienie Jednostek Uczestnictwa z tytułu zapisu na wypadek śmierci |
|  |
|  |  | Odkupienie Jednostek Uczestnictwa z tytułu dziedziczenia |

1. **Dane Uczestnika**

|  |
| --- |
|  |

Imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data urodzenia: |  |  | – |  |  | – |  |  |  |  | PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|

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

|  |
| --- |
|  |

 |
|  |

 |
| Dowód osobisty: |  |  |  | – |  |  |  |  |  |  | Paszport: |  |  | – |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Data ważności dokumentu: |
|  |
| Obywatelstwo: |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Status dewizowy: |  | Rezydent |  |  | Nierezydent |  | Kod kraju |

|  |
| --- |
|  |
| **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:

|  |
| --- |
|  |

 |
|  |

 |
| Dowód osobisty: |  |  |  | – |  |  |  |  |  |  | Paszport: |  |  | – |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Data ważności dokumentu: |
|  |
| Obywatelstwo: |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Status dewizowy: |  | Rezydent |  |  | Nierezydent |  | Kod kraju |
|  |

|  |
| --- |
| **Adres stały**: |
|  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |  | – |  |  |  |
|  |
| Ulica, nr domu/lokalu: |  |
|  |
| Kraj: |  |

1. **Dane Przedstawiciela Ustawowego/Pełnomocnika (wcześniej umocowanego do Subrejestru)/Spadkobiercy/Uposażonego\***

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
|  |
| Data urodzenia: |  |  | – |  |  | – |  |  |  |  | PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|

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

|  |
| --- |
|  |

 |
|  |

 |
| Dowód osobisty: |  |  |  | – |  |  |  |  |  |  | Paszport: |  |  | – |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Data ważności dokumentu: |
|  |
| Obywatelstwo: |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Status dewizowy: |  | Rezydent |  |  | Nierezydent |  | Kod kraju |
|  |
| Urząd skarbowy właściwy dla Spadkobiercy/Osoby Uposażonej wraz z adresem: |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Adres stały**: |
|  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |  | – |  |  |  |
|  |
| Ulica, nr domu/lokalu: |  |
|  |
| Kraj: |  |
|  |
| **Zakres umocowania (dot. wyłącznie Pełnomocnika)**: |
|  |
| Nieograniczone |  |  |
|  |
| Ograniczone: |  | Do nabyć |  | Do odkupienia  |  | Do zamiany |

1. **Dane transakcji**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Odkupienie Wszystkich Jednostek Uczestnictwa |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kwota netto: |  | PLN  | słownie : |  |
|  |
| Kwota brutto: |  | PLN  | słownie : |  |
|  |
| Liczba Jednostek Uczestnictwa: |  |  | słownie : |  |
|  |
| Kategoria Jednostek Uczestnictwa: |  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obniżka prowizji: |  | Do transakcji |
|  |
| Obniżka prowizji o: |  | % | słownie: |  |  |
|  |
| Numer rachunku bankowego do odkupień: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PLN |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa banku: |  |

1. **Składający zlecenie**

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

|  |
| --- |
| **Dane I osoby składającej zlecenie:\*\*** |
|  |
| Imię i nazwisko: |  |
|  |
| Data urodzenia |  |  | – |  |  | – |  |  |  |  | PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Dowód osobisty: |  |  |  | – |  |  |  |  |  |  | Paszport: |  |  | – |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Data ważności dokumentu: |
|  |
| Obywatelstwo: |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Status dewizowy: |  | Rezydent |  |  | Nierezydent |  | Kod kraju |
|  |

|  |
| --- |
| **Adres stały**: |
|  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |  | – |  |  |  |
|  |
| Ulica, nr domu/lokalu: |  |
|  |
| Kraj: |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Dane II osoby składającej zlecenie:\*\*** |
|  |
| Imię i nazwisko: |  |
|  |
| Data urodzenia: |  |  | – |  |  | – |  |  |  |  | PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Dowód osobisty: |  |  |  | – |  |  |  |  |  |  | Paszport: |  |  | – |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Data ważności dokumentu: |
|  |
| Obywatelstwo: |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Status dewizowy: |  | Rezydent |  |  | Nierezydent |  | Kod kraju |
|  |

|  |
| --- |
| **Adres stały**: |
|  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |  | – |  |  |  |
|  |
| Ulica, nr domu/lokalu: |  |
|  |
| Kraj: |  |

\* niepotrzebne skreślić

\*\* należy wypełnić tylko w przypadku, gdy składający zlecenie nie jest właścicielem Rejestru, na który nabywane są Jednostki Uczestnictwa

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.
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. Potwierdzam, że podane powyżej dane są pełne, poprawne i zgodne z moją intencją. Jestem świadomy/a, że w przypadku błędów lub nieścisłości może nastąpić opóźnienie w rozliczeniu zlecenia lub brak realizacji zlecenia.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że:
7. 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;
8. 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;
9. 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;
10. 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;
11. 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;
12. 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;
13. Fundusz powierzył przetwarzanie moich danych osobowych Agentowi Transferowemu – ProService Finteco sp. z o.o. oraz Dystrybutorowi, za pośrednictwem którego jest przyjmowane dane zlecenie;
14. funkcję Inspektora Ochrony Danych Osobowych pełni pracownik Towarzystwa, z którym można się skontaktować pod adresem iodo@caspartfi.pl.
15. Oświadczam, że wskazany na potrzeby przekazania środków z tytułu odkupienia Jednostek Uczestnictwa rachunek bankowy należy do Uczestnika Funduszu/ spadkobiercy Jednostek Uczestnictwa/ osoby, która poniosła koszty pogrzebu/ osoby uposażonej.
16. 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.
17. Oświadczenia o wspólności majątkowej – dotyczy wyłącznie WSM:
18. Oświadczamy, iż pozostajemy we wspólności majątkowej małżeńskiej.
19. Oświadczamy, iż wyrażamy zgodę na składanie wszelkich oświadczeń woli Funduszowi przez każdego z małżonków oraz odbieranie należnych nam środków pieniężnych, pochodzących z odkupienia Jednostek Uczestnictwa, przez każdego z małżonków, włączywszy żądanie odkupienia wszystkich nabytych Jednostek Uczestnictwa, żądanie ustanowienia blokady Subrejestru i jego zamknięcia oraz zlecenia Konwersji, Zamiany i transferu Jednostek Uczestnictwa, a także na podejmowanie wszelkich należnych nam środków pieniężnych.
20. Oświadczamy, iż wyrażamy zgodę na realizację zleceń zgodnie z kolejnością ich składania przez każdego z małżonków, chyba że drugi wyrazi sprzeciw najpóźniej w chwili składania zlecenia przez pierwszego.
21. Oświadczamy, iż wyrażamy zgodę na wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa za skutki złożonych przez nas i ewentualnych pełnomocników, żądań odkupienia, będących wynikiem odmiennych decyzji każdej ze stron.

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

 |
|  |
| Imię i nazwisko Pracownika Dystrybutora |
|  |
|  |
| Numer identyfikacyjny Pracownika Dystrybutora – PESEL |
|  |
|  |
| Nazwa Dystrybutora / numer POK |
|  |
|  |  |  |
| Stempel Dystrybutora | Pieczęć imienna i podpis Pracownika Dystrybutora |