

**1. Rodzaj Dyspozycji (proszę zaznaczyć składane dyspozycje)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wypłata środków z IKE przez Oszczędzającego (pkt. 2, 3, 6, 10 i 12)                      | <input type="checkbox"/> Wypłata środków z IKE w przypadku śmierci Oszczędzającego (pkt. 2, 3, 5, 6, 10, 12 i 13)     | <input type="checkbox"/> Wypłata transferowa z IKE na wniosek Oszczędzającego (pkt. 2, 3, 7, 12 i 13) |
| <input type="checkbox"/> Wypłata transferowa z IKE w przypadku śmierci Oszczędzającego (pkt. 2, 3, 5, 7, 12 i 13) | <input type="checkbox"/> Wypowiedzenie Umowy i zwrot środków z IKE na wniosek Oszczędzającego (pkt. 2, 3, 9, 10 i 12) | <input type="checkbox"/> Zwrot częściowy z IKE na wniosek Oszczędzającego (pkt. 2, 3, 8, 10 i 12)     |

**2. Osoba składająca Dyspozycję (proszę zakreślić właściwy kwadrat)**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oszczędzający    | <input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawy Oszczędzającego   |  |
| <input type="checkbox"/> Osoba Uprawniona | <input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawy Osoby Uprawnionej | <input type="checkbox"/> Pełnomocnik Osoby Uprawnionej |
| <input type="checkbox"/> Spadkobierca     | <input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawy Spadkobiercy      | <input type="checkbox"/> Pełnomocnik Spadkobiercy      |

**3. Dane Oszczędzającego zapisane w IKE**

|  |                                    |                                     |  |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Imię (imiona)  |                                    | Nazwisko                            |  |
| <input type="text"/>   |                                    | <input type="text"/>                |  |
| PESEL (lub data urodzenia zapisana w formacie DD-MM-RRRR dla osoby nieposiadającej numeru PESEL) |                                    | Rodzaj dokumentu tożsamości         |  |
| <input type="text"/>   |                                    | <input type="text"/>                |  |
| Seria i numer dokumentu tożsamości*  | Data wydania dokumentu tożsamości* | Data ważności dokumentu tożsamości* |  |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                |  |

\* W przypadku dyspozycji składanej przez Oszczędzającego, dane dokumentu tożsamości zostaną zaktualizowane na rejestrze Uczestników na podstawie niniejszego wskazania.

**4. Dane osoby składającej Dyspozycję (jeśli składającym dyspozycję nie jest Oszczędzający, Osoba Uprawniona ani Spadkobierca)**

|  |                                    |                                   |                                    |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Imię (imiona)  |                                    | Nazwisko                          |                                    |
| <input type="text"/>   |                                    | <input type="text"/>              |                                    |
| PESEL (lub data urodzenia zapisana w formacie DD-MM-RRRR dla osoby nieposiadającej numeru PESEL)   |                                    | Rodzaj dokumentu tożsamości       |                                    |
| <input type="text"/>   |                                    | <input type="text"/>              |                                    |
| Kraj wydania dokumentu tożsamości (jeśli inny niż Polska)  | Seria i numer dokumentu tożsamości | Data wydania dokumentu tożsamości | Data ważności dokumentu tożsamości |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>               | <input type="text"/>              | <input type="text"/>               |
| Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu)   |                                    |                                   |                                    |
| <input type="text"/>   |                                    |                                   |                                    |
| Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość)   |                                    |                                   |                                    |
| <input type="text"/>   |                                    |                                   |                                    |
| Adres do korespondencji (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat oraz uzupełnić adres do korespondencji, jeśli jest inny niż adres zamieszkania) |                                    |                                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> taki sam jak adres zamieszkania <input type="checkbox"/> inny niż adres zamieszkania                                |                                    |                                   |                                    |
| Adres do korespondencji (ulica, nr domu, nr lokalu)  |                                    |                                   |                                    |
| <input type="text"/>   |                                    |                                   |                                    |
| Adres do korespondencji (kod pocztowy, miejscowość)  |                                    |                                   |                                    |
| <input type="text"/>   |                                    |                                   |                                    |

**5. Dane Osoby Uprawnionej/Spadkobiercy (dotyczy dyspozycji składanych w związku ze śmiercią Oszczędzającego)**

|  |                                       |                                   |                                    |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osoba Uprawniona  | <input type="checkbox"/> Spadkobierca |                                   |                                    |
| Imię (imiona)  |                                       | Nazwisko                          |                                    |
| <input type="text"/>   |                                       | <input type="text"/>              |                                    |
| PESEL (lub data urodzenia zapisana w formacie DD-MM-RRRR dla osoby nieposiadającej numeru PESEL)   |                                       | Rodzaj dokumentu tożsamości       |                                    |
| <input type="text"/>   |                                       | <input type="text"/>              |                                    |
| Kraj wydania dokumentu tożsamości (jeśli inny niż Polska)  | Seria i numer dokumentu tożsamości    | Data wydania dokumentu tożsamości | Data ważności dokumentu tożsamości |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                  | <input type="text"/>              | <input type="text"/>               |
| Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu)   |                                       |                                   |                                    |
| <input type="text"/>   |                                       |                                   |                                    |
| Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość)   |                                       |                                   |                                    |
| <input type="text"/>   |                                       |                                   |                                    |
| Adres do korespondencji (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat oraz uzupełnić adres do korespondencji, jeśli jest inny niż adres zamieszkania) |                                       |                                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> taki sam jak adres zamieszkania <input type="checkbox"/> inny niż adres zamieszkania                                |                                       |                                   |                                    |
| Adres do korespondencji (ulica, nr domu, nr lokalu)  |                                       |                                   |                                    |
| <input type="text"/>   |                                       |                                   |                                    |
| Adres do korespondencji (kod pocztowy, miejscowość)  |                                       |                                   |                                    |
| <input type="text"/>   |                                       |                                   |                                    |

## 6. Dyspozycja wypłaty z IKE

W związku z (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat):

- ukończeniem przez Oszczędzającego 60 roku życia
- ukończeniem przez Oszczędzającego 55 roku życia i uzyskaniem uprawnień emerytalnych (kopia decyzji w załączeniu)
- śmiercią Oszczędzającego (akt zgonu oraz inne wymagane dokumenty wyszczególnione w pkt. 12 przekazuję w załączeniu)

Proszę o wypłatę należnych mi środków zgromadzonych na IKE:

(należy zaznaczyć jedną, wybraną opcję, w przypadku wypłat ratalnych – proszę wskazać liczbę i częstotliwość rat)

jednorazowo       w ratach w wysokości: \_\_\_\_\_ PLN\* (słownie: \_\_\_\_\_ PLN).

- CO:  1 miesiąc     3 miesiące     6 miesięcy     12 miesięcy

\* Wysokość raty nie może być niższa niż 100 zł.

do momentu wypłaty wszystkich środków zgromadzonych na IKE.

Poniżej podaję dane Naczelnika Urzędu Skarbowego właściwego dla miejsca zamieszkania Oszczędzającego:

Nazwa Urzędu Skarbowego

Adres Urzędu Skarbowego (ulica, nr domu)

Adres Urzędu Skarbowego (kod pocztowy, miejscowość)

**POUCZENIE:** Brak wskazania Naczelnika Urzędu Skarbowego uniemożliwi dokonanie wypłaty.

## 7. Dyspozycja wypłaty transferowej z IKE

Proszę o dokonanie wypłaty transferowej z IKE z Funduszami Investors do (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat):

- innego indywidualnego konta emerytalnego (IKE) (należy dołączyć potwierdzenie zawarcia umowy IKE)
- Pracowniczego Programu Emerytalnego (PPE) (należy dołączyć potwierdzenie uczestnictwa w PPE)
- Ogólnoeuropejskiego Indywidualnego Produktu Emerytalnego (OIPE) (należy dołączyć potwierdzenie zawarcia przez Oszczędzającego umowy OIPE)
- innego indywidualnego konta emerytalnego (IKE) w związku ze śmiercią Oszczędzającego (należy dołączyć akt zgonu i inne wymagane dokumenty wyszczególnione w pkt. 13)
- Pracowniczego Programu Emerytalnego (PPE) w związku ze śmiercią Oszczędzającego (należy dołączyć akt zgonu i inne wymagane dokumenty wyszczególnione w pkt. 13)
- Ogólnoeuropejskiego Indywidualnego Produktu Emerytalnego (OIPE) oraz rozwiązanie Umowy IKE (należy dołączyć potwierdzenie zawarcia przez Oszczędzającego umowy OIPE)

Wypłata transferowa jest dokonywana na rachunek bankowy dedykowany do wypłaty transferowej, wskazany na potwierdzeniu zawarcia umowy IKE lub OIPE lub na potwierdzeniu uczestnictwa w PPE dołączonym do niniejszego formularza.

## 8. Dyspozycja zwrotu częściowego z IKE

Proszę o zwrot częściowy:

a)  proszę o zwrot kwoty: \_\_\_\_\_ PLN (słownie: \_\_\_\_\_ PLN).

Jeśli wskazana wartość będzie przewyższała wartość zgromadzonych środków na IKE w dniu realizacji niniejszej dyspozycji, zwrotowi podlegają wszystkie zgromadzone środki na IKE.

b)  proszę o zwrot: \_\_\_\_\_ % środków zgromadzonych na IKE

Dyspozycja zwrotu częściowego może być zrealizowana pod warunkiem, że zgromadzone środki pochodzą wyłącznie z wpłat na IKE.

Jestem świadomy, że zwrotowi podlegają środki zgromadzone na IKE pomniejszone o należny podatek.

## 9. Wypowiedzenie Umowy o prowadzenie IKE i dyspozycja zwrotu

Wypowiadam umowę o prowadzenie IKE z funduszami Investors i proszę o zwrot wszystkich środków zgromadzonych na IKE.

Jestem świadomy, że zwrotowi podlegają środki zgromadzone na IKE pomniejszone o należny podatek, a w przypadku, gdy na IKE Oszczędzającego przyjęto wypłatę transferową z pracowniczego programu emerytalnego, również o kwotę stanowiącą 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do pracowniczego programu emerytalnego po 1 czerwca 2004 roku.

## 10. Wskazanie rachunku bankowego do dokonania wypłaty/zwrotu częściowego/zwrotu z IKE

Proszę o przekazanie środków pieniężnych pochodzących z realizacji tej dyspozycji na prowadzony na moją rzecz rachunek bankowy o numerze:

W przypadku, gdy rachunek prowadzony jest poza granicami Polski należy podać:

Numer SWIFT

Nazwę banku

Adres banku

## 11. Pouczenia

- Oszczędzający, który dokonał wypłaty jednorazowej albo wypłaty pierwszej raty, nie może ponownie założyć IKE.
- Przedmiotem wypłaty może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKE. Przedmiotem wypłaty transferowej może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKE, z wyłączeniem przypadków gdy Oszczędzający dokonuje wypłaty transferowej pomiędzy funduszami inwestycyjnymi zarządzanymi przez

to samo Towarzystwo, oraz z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1808 z późn. zm.) Osoby Uprawnione mogą dokonać wypłaty transferowej na swoje IKE lub do programu emerytalnego, do którego przystąpiły, wyłącznie całości przysługujących im środków.

- **WYPŁATA środków zgromadzonych na IKE na wniosek Oszczędzającego** następuje wyłącznie po osiągnięciu przez niego wieku 60 lat lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 lat oraz spełnieniu warunku:
  - a) dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 5 dowolnych latach kalendarzowych albo
  - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 5 lat przed dniem złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty.
- **WYPŁATA środków zgromadzonych na IKE na wniosek Oszczędzającego urodzonego do dnia 31 grudnia 1945 r.** następuje po spełnieniu warunku:
  - a) dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 3 dowolnych latach kalendarzowych albo
  - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 3 lata przed dniem złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty.
- **WYPŁATA środków zgromadzonych na IKE na wniosek Oszczędzającego urodzonego w okresie między 1 stycznia 1946 r. a 31 grudnia 1948 r.** następuje po osiągnięciu przez niego wieku 60 lat bądź nabyciu wcześniejszych uprawnień emerytalnych oraz spełnieniu warunku:
  - a) dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 4 dowolnych latach kalendarzowych albo
  - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 4 lata przed dniem złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty.
- **WYPŁATA środków zgromadzonych na IKE na wniosek Osoby Uprawnionej** następuje po przedłożeniu przez nią:
  - a) aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość Osoby Uprawnionej albo
  - b) prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zgodnego oświadczenia wszystkich Spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego bądź prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku oraz dokumentów tożsamości Spadkobierców.
- **WYPŁATA TRANSFEROWA z IKE na wniosek Oszczędzającego** następuje po:
  - a) uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją finansową albo po przystąpieniu do programu emerytalnego i okazaniu instytucji dokonującej wypłaty transferowej potwierdzenia zawarcia umowy albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego. Realizacja tych wypłat transferowych skutkuje rozwiązaniem Umowy IKE.
  - b) uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie OIPE i okazaniu instytucji dokonującej wypłaty transferowej dokumentu wydanego przez dostawcę OIPE potwierdzającego, że Oszczędzający posiada OIPE u tego dostawcy – pod warunkiem, że z IKE nie były dokonywane częściowe zwroty oraz nie została na IKE przyjęta wypłata transferowa z programu emerytalnego. Realizacja tej dyspozycji nie skutkuje rozwiązaniem Umowy IKE.
- **WYPŁATA TRANSFEROWA z IKE na wniosek Osoby Uprawnionej** następuje po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją finansową albo po przystąpieniu do programu emerytalnego i okazaniu instytucji dokonującej wypłaty transferowej odpowiednio potwierdzenia zawarcia umowy albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego, a dodatkowo:
  - a) aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość Osoby Uprawnionej albo
  - b) prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zgodnego oświadczenia wszystkich Spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego bądź prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku oraz dokumentów tożsamości Spadkobierców.
- **ZWROT środków zgromadzonych na IKE na wniosek Oszczędzającego** następuje w razie wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE przez którąkolwiek ze stron, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej. Oszczędzający może wystąpić z wnioskiem o częściowy zwrot pod warunkiem, że środki te pochodzą z wpłat na IKE. Zwrotowi podlegają środki zgromadzone na IKE pomniejszone o należny podatek, a w przypadku, gdy na IKE Oszczędzającego przyjęto wypłatę transferową z programu emerytalnego, również o kwotę stanowiącą 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego po 1 czerwca 2004 r. Towarzystwo informuje, że istnieje możliwość dokonania wypłaty transferowej z IKE.

## 12. Oświadczenia i podpis osoby składającej Dyspozycję

Imię (imiona)

Nazwisko

Adres e-mail

Telefon kontaktowy

Numer telefonu/e-mail mogą być wykorzystywane tylko w celach kontaktowych związanych z realizacją Umowy IKE.

**Potwierdzam, że znam i akceptuję Regulamin prowadzenia Indywidualnego konta emerytalnego (IKE) oraz Indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego (IKZE).**

**Potwierdzam, że otrzymałem/am następujące informacje:**

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundusz, o którym mowa w niniejszym formularzu zlecenia z siedzibą w Warszawie, ul. Mokotowska 1;
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych (IOD) jest możliwy poprzez email: [iod@investors.pl](mailto:iod@investors.pl)
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w następującym celu/celach, w oparciu o następujące podstawy prawne i przez wskazany niżej okres:
  - a) w celu realizacji Pani/Pana uczestnictwa w Funduszu na podstawie art. 6 ust 1 lit. b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”); dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji uczestnictwa w Funduszu w zakresie niezbędnym do przyjęcia i realizacji zlecenia oraz dokonania wpisu w Rejestrze Uczestników Funduszu,
  - b) w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych osobowych wynikających z ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi i w tym celu będą przechowywane przez okres 5 lat od zakończenia roku, w którym sporządzono niniejszy dokument, chyba że odrębne przepisy wymagają ich dłuższego przechowywania; ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu i w tym celu będą przechowywane przez okres 5 lat licząc od dnia zakończenia stosunków gospodarczych z Klientem lub od dnia, w którym przeprowadzono transakcję okazjonalną; ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA i w tym celu będą przechowywane przez okres posiadania jednostek uczestnictwa; ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami i w tym celu będą przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku w którym powstał obowiązek przekazania informacji o tym rachunku; na podstawie tych przepisów i art. 6 ust. 1 lit. c) RODO,
  - c) w celach realizacji prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, dochodzenia roszczeń, dla którego to celu dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do jego realizacji, nie dłużej jednak niż przez okres 6 lat od dnia zakończenia inwestycji w Fundusz; obrony przed roszczeniami, dla którego to celu dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do jego realizacji, nie dłużej jednak niż przez okres 6 lat;
- 4) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do celu, realizacji Pani /Pana uczestnictwa w Funduszu, przyjmowania od Pani/Pana zleceń nabycia/konwersji jednostek uczestnictwa, a także niezbędne do celu realizacji wymogów ustawowych związanych z tymi czynnościami; niepodanie danych uniemożliwi realizację tych czynności;
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą Investors Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., ProService Finteco sp. z o.o. – agent transferowy prowadzący rejestr uczestników Funduszu, dystrybutorzy jednostek uczestnictwa, biegli rewidenty w związku z audytem sprawozdań finansowych Funduszu, podmioty świadczące Funduszowi usługi księgowo, informatyczne, archiwizacji dokumentów oraz usługi marketingowe;
- 6) ma Pani/Pan prawo żądania od administratora danych: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
- 7) ma Pani/Pan prawo do przenoszenia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, w przypadku, gdy są one przez Fundusz przetwarzane w sposób zautomatyzowany (w szczególności w systemach informatycznych), a podstawą przetwarzania jest: (i) art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) RODO, tj. zgoda lub wyraźna zgoda, lub (ii) dane są przetwarzane na podstawie umowy w myśl art. 6 ust. 1 lit. b) RODO;
- 8) ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku, gdy podstawą przetwarzania jest (i) art. 6 ust. 1 lit. e) RODO tj. gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi danych, lub (ii) art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora danych lub stroną trzecią (tj. podmiot inny niż: Fundusz; podmioty którym Fundusz powierzył przetwarzanie danych osobowych; osoby upoważnione do przetwarzania danych przez Fundusz lub podmiot, któremu Fundusz powierzył przetwarzanie danych osobowych);
- 9) ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania w zakresie w jakim jest ono związane z marketingiem bezpośrednim;
- 10) przysługuje Pani/Panu uprawnienie do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych), w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza Pani lub Pana prawa;
- 11) w przypadku, gdy Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody lub wyraźnej zgody (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) RODO), ma Pani/Pan prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, które dokonano na podstawie tej zgody przed jej cofnięciem.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z pouczeniami oraz zostałem poinformowany, że:

- 1) Klient ma prawo zgłoszenia reklamacji dotyczącej usług świadczonych przez Towarzystwo lub zarządzane przez nie fundusze w następujący sposób:
  - a) na piśmie – przesyłką pocztową albo osobiście:
    - w siedzibie Towarzystwa przy **ul. Mokotowskiej 1, 00-640 Warszawa**,
    - u Dystrybutora (aktualna lista Dystrybutorów wraz z adresami Punktów Obsługi Klienta wskazana jest w Prospektach Informacyjnych i Prospektach Emisyjnych danych Funduszy oraz na stronie internetowej Towarzystwa pod adresem **www.investors.pl**),
    - w **ProService Finteco Sp. z o. o.** z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy: 02-673) przy ul. Konstruktorskiej 12a („Agent Transferowy”);
  - b) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu: **801 00 33 70** albo **+48 22 588 18 45**;
  - c) ustnie – osobiście do protokołu podczas Państwa wizyty:
    - w Towarzystwie,
    - u Dystrybutora.
- 2) Rozpatrzenie reklamacji przez Towarzystwo i udzielenie odpowiedzi Klientowi powinno nastąpić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty

doręczenia Reklamacji Towarzystwu, Agentowi Transferowemu lub Dystrybutorowi. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia i udzielenia odpowiedzi na reklamację może być dłuższy niż 30 dni ale nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

- 3) O rozpatrzeniu reklamacji Klient zostanie powiadomiony na piśmie (lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji). Odpowiedź zostanie wysłana na adres Klienta wskazany w reklamacji, a jeżeli Klient nie wskaże tego adresu na adres Klienta znany Towarzystwu.
- 4) Odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek Klienta.
- 5) Szczegółowe zasady składania i rozpatrywania skarg i reklamacji określa „Regulaminem składania i rozpatrywania skarg i reklamacji w Investors TFI S.A.” dostępny na stronie internetowej **www.investors.pl**.
- 6) Towarzystwo jest podmiotem podlegającym nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 7) Akceptowaną przez Towarzystwo formą pozasądowego rozpatrywania sporów jest pozasądowe postępowanie w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego prowadzone przez Rzecznika Finansowego.

Potwierdzam, że zostały mi udostępnione Dokumenty zawierające Kluczowe Informacje (KID) oraz prospekty informacyjne Funduszy znajdujące się na stronie **www.investors.pl**. Potwierdzam, że zostałem/am pouczony/a o: konsekwencjach gromadzenia oszczędności na więcej niż jednym IKE oraz o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Podpis osoby składającej Dyspozycję

DDMMRRRR

Data

Miejsce na informacje dodatkowe:

### 13. Załączniki

**UWAGA:** załączniki muszą być przekazane w oryginale lub jako kopie notarialnie poświadczone. Wnioski i oświadczenia Oszczędzającego lub Spadkobierców – winny być opatrzone podpisem poświadczonym notarialnie.

- Zaświadczenie o nabyciu uprawnień emerytalnych – w przypadku żądania wypłaty na rzecz Oszczędzającego, który nie ukończył 60 roku życia.
- Potwierdzenie zawarcia umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją finansową albo potwierdzenie przystąpienia do pracowniczego programu emerytalnego (wymagane w przypadku Dyspozycji wypłaty transferowej na IKE lub do PPE).
- Dokument wystawiony przez dostawcę OIPE potwierdzający, że Oszczędzający posiada subkonto OIPE u tego dostawcy (wymagane w przypadku Dyspozycji wypłaty transferowej do OIPE).
- Prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz ze zgodnym oświadczeniem wszystkich Spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKE w Funduszach Investors albo kopia prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku (wymagane w przypadku Dyspozycji składanej przez Osobę Uprawnioną lub Pełnomocnika/Przedstawiciela Ustawowego Osoby Uprawnionej, gdy Oszczędzający nie wskazał Osób Uprawnionych).
- Odpis aktu zgonu Oszczędzającego (wymagany w przypadku Dyspozycji związanych ze śmiercią Oszczędzającego).
- Inne:

### 14. Wypełnia Przedstawiciel Dystrybutora

Niniejszym oświadczam, że tożsamość osoby podpisującej niniejszy formularz Dyspozycji INV\_IKE-3 została potwierdzona na podstawie dokumentu tożsamości wymienionego w niniejszym formularzu.

Imię (imiona) osoby przyjmującej Dyspozycję

Nazwisko osoby przyjmującej Dyspozycję

PESEL osoby przyjmującej Dyspozycję

Podpis osoby przyjmującej Dyspozycję

DDMMRRRR

Data przyjęcia Dyspozycji

Pieczęć POK przyjmującego Dyspozycję

**UWAGA:** Zlecenie złożone bezpośrednio Funduszowi należy wysłać na adres Funduszu: Investors TFI S.A., 00-640 Warszawa ul. Mokotowska 1. W przypadku braku weryfikacji tożsamości osoby składającej dyspozycję przez Przedstawiciela Dystrybutora, wymagane jest, aby podpis złożony na dyspozycji został poświadczony notarialnie. Dniem złożenia zlecenia jest dzień wpływu zlecenia do Funduszu lub data przyjęcia zlecenia przez Dystrybutora. Dyspozycja nie zostanie zrealizowana, jeśli będzie zawierać dane błędne lub niekompletne.