



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PRACOWNICZEGO PLANU OSZCZĘDNOŚCIOWEGO PROWADZONEGO PRZEZ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Przystąpienie Zmiana*

* W celu dokonania zmiany danych, należy powtórzyć również te dane, które nie ulegają zmianie, tak by wszystkie wymagane pola Deklaracji były wypełnione (chyba, że opis konkretnego pola stanowi inaczej). Brak wypełnienia pola przy zmianie Deklaracji oznacza odwołanie wcześniejszych oświadczeń w zakresie określonym nazwą pola.

Nazwa zakładu pracy/Pracodawcy
Kod zakładu dla PPO Kod grupy pracowników Nr deklaracji Identyfikator Pracownika
Jednostka organizacyjna

I Dane identyfikacyjne Uczestnika

Imię Nazwisko
PESEL Data urodzenia
Obywatelstwo Polskie Inne:
Typ dokumentu tożsamości DO² PA³ Seria i numer Piastuję eksponowane stanowisko polityczne! Tak Nie
Kraj urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr lokalu Kraj
Miejscowość Kod pocztowy - Pocztą
Tel. kontaktowy e-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica Nr domu Nr lokalu Kraj
Miejscowość Kod pocztowy - Pocztą

II Oświadczenia dotyczące rezydencji podatkowych

Oświadczam, że:

- posiadam polską rezydencję podatkową: TAK NIE
- nie jestem jestem podatnikiem USA⁵ TIN⁴ -
- posiadam rezydencję podatkową inną niż USA i polską: TAK NIE

(w przypadku wskazania TAK, należy wypełnić dane w zakresie posiadanej rezydencji podatkowej)

Kraj rezydencji podatkowej TIN Kraj rezydencji nie nadaje TIN
Kraj rezydencji podatkowej TIN Kraj rezydencji nie nadaje TIN
Kraj rezydencji podatkowej TIN Kraj rezydencji nie nadaje TIN

III Wysokość składki

Składka Pracodawcy finansowana przez Pracodawcę:

Zgodnie z Umową składka wynosi:

% wynagrodzenia Pracownika miesięcznie słownie:
lub zł miesięcznie/kwartalnie/półrocznie/rocznie* słownie:
* Niepotrzebne skreślić.

Składka Pracownika finansowana przez Pracownika:

Deklaruję składkę w wysokości:

zł miesięcznie słownie:

Jednocześnie upoważniam Pracodawcę do naliczania i potrącania z wynagrodzenia oraz przekazywania składki na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy prowadzony w celu realizacji Pracowniczego Planu Oszczędnościowego.

1) rozumie się przez to następujące osoby fizyczne: a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargé d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych – którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania ww. przesłanek, b) małżonków osób, o których mowa w lit. a., lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a., małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, c) osoby, które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a., w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób. **Osoby wymienione w lit. a., b., c., są uznawane za osoby piastujące eksponowane stanowiska polityczne tylko w przypadku, kiedy mają miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

2) Dowód Osobisty

3) Paszport

4) Numer identyfikacji podatkowej w USA

5) Definicja podatnika USA powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego Stanów Zjednoczonych (z ang. Internal Revenue Code), zgodnie z którym podatnikiem Stanów Zjednoczonych jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej: a) Posiada obywatelstwo Stanów Zjednoczonych (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa) b) Uzyskała prawo stałego pobytu w Stanach Zjednoczonych przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta) c) Dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach Stanów Zjednoczonych d) Przebywała w Stanach Zjednoczonych przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w Stanach Zjednoczonych w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla liczby dni pobytu w roku bieżącym, 1/3 dla dni pobytu w roku poprzednim i 1/6 dla dni pobytu dwa lata wstecz co oznacza, że: 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu, 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu, 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu).

IV Dane pełnomocnika

1. Udzielenie pełnomocnictwa Odwołanie pełnomocnictwa Zmiana danych pełnomocnika Bez zmian

Imię Nazwisko
 PESEL Data urodzenia DD-MM-RRRR
 Obywatelstwo Polskie Inne:
 Typ dokumentu tożsamości DO² PA³ Seria i numer
 Zakres umocowania pełnomocnika: Ogólne Rodzajowe – tylko odkupienia Rodzajowe – tylko zamiany

Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr lokalu Kraj
 Miejscowość Kod pocztowy - Pocztą
 Tel. kontaktowy e-mail

2. Udzielenie pełnomocnictwa Odwołanie pełnomocnictwa Zmiana danych pełnomocnika Bez zmian

Imię Nazwisko
 PESEL Data urodzenia DD-MM-RRRR
 Obywatelstwo Polskie Inne:
 Typ dokumentu tożsamości DO¹ PA² Seria i numer
 Zakres umocowania pełnomocnika: Ogólne Rodzajowe – tylko odkupienia Rodzajowe – tylko zamiany

Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr lokalu Kraj
 Miejscowość Kod pocztowy - Pocztą
 Tel. kontaktowy e-mail

V Źródło pochodzenia środków

umowa o pracę działalność gospodarcza lub udziały w przedsiębiorstwach wolny zawód spadek, darowizna, wygrana losowa itp.
 emerytura lub renta inne odmawiam podania

VI Wybór wariantu gromadzenia środków

(zmiana gromadzenia środków między subfunduszami stanowi jednocześnie jedno lub kilka Zleceń Zamiany jednostek uczestnictwa powodujących zbycie jednostek uczestnictwa w Subfunduszu lub Subfunduszach docelowych za środki z tytułu odkupienia takiej liczby jednostek uczestnictwa w Subfunduszu lub Subfunduszach, w którym(-ch) dotychczas gromadzone były środki, tak aby podział wartości zgromadzonych środków w dniu realizacji zmiany był zgodny z poniżej określonym sposobem podziału środków)

<input type="checkbox"/> Rekomendowany Model Wpłat	
<input type="checkbox"/> Indywidualny Model Wpłat	
Proszę lokować składki w następujących Subfunduszach: (pola powinny być wypełnione zawsze, zarówno w przypadku składania Deklaracji Przystąpienia, jak i Deklaracji Zmiany)	Proszę dokonać zmiany alokacji zgromadzonych środków w następujący sposób: (w przypadku Deklaracji Przystąpienia pola pozostają niewypełnione, w przypadku Deklaracji Zmiany pola powinny być wypełnione tylko w przypadku, kiedy wola uczestnika jest dokonanie zmiany faktycznie obowiązującej alokacji zgromadzonych środków)
1. PZU Akcji KRAKOWIAK <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty 2. PZU Akcji NOWA EUROPA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty 3. PZU Gotówkowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty 4. PZU Papierów Dłużnych POLONEZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty 5. PZU Stabilnego Wzrostu MAZUREK <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty 6. PZU Zrównoważony <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty Razem: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % wpłaty	1. PZU Akcji KRAKOWIAK <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty 2. PZU Akcji NOWA EUROPA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty 3. PZU Gotówkowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty 4. PZU Papierów Dłużnych POLONEZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty 5. PZU Stabilnego Wzrostu MAZUREK <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty 6. PZU Zrównoważony <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %wpłaty Razem: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % wpłaty

VII Rachunek bankowy Uczestnika, na który będą przekazywane środki z tytułu odkupienia jednostek uczestnictwa

VIII Wskazanie Beneficjenta Rzeczywistego

Pełnomocnik³ Inna osoba Brak Beneficjenta Rzeczywistego

1. Imię Nazwisko
 PESEL Data urodzenia DD-MM-RRRR
 Obywatelstwo Polskie Inne:
 Typ dokumentu tożsamości DO¹ PA² Seria i numer

1) Dowód Osobisty
 2) Paszport
 3) Nie ma konieczności wskazywania danych osobowych, jeżeli Beneficjentem Rzeczywistym jest osoba, której dane osobowe zostały wskazane na formularzu w punktach powyżej

VIII Wskazanie Beneficjenta Rzeczywistego cd.**Adres zamieszkania**

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kraj _____
 Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ - _____ Pocztka _____
 Tel. kontaktowy _____ e-mail _____

2. Imię _____ Nazwisko _____
 PESEL _____ Data urodzenia DD - MM - RRRR
 Obywatelstwo Polskie Inne: _____
 Typ dokumentu tożsamości DO¹ PA² Seria i numer _____

Adres zamieszkania

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kraj _____
 Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ - _____ Pocztka _____
 Tel. kontaktowy _____ e-mail _____

IX Forma potwierdzeń transakcji (należy zaznaczyć jeden z kwadratów)

1. Wyrażam wolę otrzymywania potwierdzeń realizacji zleceń składanych do Funduszu oraz informacji o stanie mojego Rejestru z częstotliwością **raz do roku na wskazanym powyżej adres korespondencyjny**, a w przypadku jego braku na adres zamieszkania.
2. Wyrażam wolę otrzymywania potwierdzeń realizacji zleceń składanych do Funduszu oraz informacji o stanie mojego Rejestru z częstotliwością **raz do roku w formie elektronicznej, dostępnej po zalogowaniu się za pomocą numeru PIN do platformy Internetowej udostępnionej przez TFI PZU SA.**
3. Wyrażam wolę otrzymywania potwierdzeń realizacji zleceń składanych do Funduszu oraz informacji o stanie mojego Rejestru **po każdej transakcji w formie elektronicznej dostępnej po zalogowaniu się za pomocą numeru PIN do platformy Internetowej udostępnionej przez TFI PZU SA.**
4. Wyrażam wolę otrzymywania potwierdzeń realizacji zleceń składanych do Funduszu oraz informacji o stanie mojego Rejestru **po każdej transakcji na wskazanym powyżej adres korespondencyjny, a w przypadku jego braku na adres zamieszkania.**

Oświadczam, że zapoznałem się z „Zasadami składania dyspozycji za pośrednictwem Internetu i telefonu TFI PZU SA” oraz akceptuję ich treść. Proszę o nadanie numeru PIN do składania zleceń za pośrednictwem kanałów elektronicznych.

X Oświadczenia

Dane osobowe Uczestnika będą przetwarzane w celu realizacji postanowień Umowy przez TFI PZU SA oraz Fundusze z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, jako ich administratorów. Uczestnik potwierdza, że zostały mu udzielone informacje przewidziane ustawą o ochronie danych osobowych, w tym o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

- Dobrowolnie zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez TFI PZU SA oraz fundusze inwestycyjne zarządzane przez TFI PZU SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, w przypadku nabycia jednostek uczestnictwa, a także po odkupieniu wszystkich jednostek uczestnictwa.
- Dobrowolnie zgadzam się na udostępnienie w celach marketingowych moich danych osobowych spółkom: PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Zdrowie SA z siedzibą przy ul. Ogrodowej 58, 00-876 Warszawa, PZU CO SA z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-763 Warszawa oraz Link4 TU SA z siedzibą przy ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa. Mam prawo dostępu do treści i poprawiania moich danych osobowych.
- Dobrowolnie zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych dotyczących uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, zarządzanych przez TFI PZU SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości sms lub e-mail.
- Dobrowolnie zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych przez PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Zdrowie SA z siedzibą przy ul. Ogrodowej 58, 00-876 Warszawa, PZU CO SA z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-763 Warszawa oraz Link4 TU SA z siedzibą przy ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości sms lub e-mail.
- Dobrowolnie zgadzam się na to, że PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Zdrowie SA z siedzibą przy ul. Ogrodowej 58, 00-876 Warszawa, PZU CO SA z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-763 Warszawa oraz Link4 TU SA z siedzibą przy ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa będą używać telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego.
- Oświadczam, że niniejsze zlecenie jest złożone przeze mnie z własnej inicjatywy. Świadomie nie skorzystałem/am z możliwości dokonania oceny, czy inwestycja w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych jest dla mnie odpowiednia, o której to możliwości zostałem poinformowany przed przyjęciem zlecenia.

Oświadczam, że zamierzony przeze mnie cel stosunków gospodarczych z Funduszem(ami)/Subfunduszem(ami) jest:¹

- tożsamy z celem inwestycyjnym Funduszu(y)/Subfunduszu(y) określonym w treści kluczowych informacji dla inwestorów
 inny _____

Inwestycję w jednostki uczestnictwa Funduszu(y)/Subfunduszu(y) traktuję jako inwestycję:¹

- krótkoterminową (do 2 lat) średnioterminową (od 2 do 5 lat) długoterminową (ponad 5 lat)

Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą w sektorze wysokiego ryzyka:¹

- TAK NIE

Oświadczam, że:

- dobrowolnie przystępuję do Pracowniczego Planu Oszczędnościowego oraz że zlecenia nabycia jednostek uczestnictwa Subfunduszy składane w związku z moim uczestnictwem w Planie składane są z mojej wyłącznej inicjatywy,
- zostałem/am poinformowany/a o możliwości dokonania przez Pracodawcę oceny czy inwestowanie przeze mnie w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych jest dla mnie odpowiednie,
- zapoznałem/am się z treścią umowy o prowadzenie Pracowniczego Planu Oszczędnościowego dla Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach zawartej pomiędzy TFI PZU SA a Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach dnia 13.12.2016 r. i akceptuję jej warunki,
- zapoznałem/am się z treścią Regulaminu uczestnictwa w Pracowniczym Planie Oszczędnościowym i akceptuję jego warunki,
- dane podane w niniejszej deklaracji są prawdziwe,
- przyjmuję do wiadomości, że wymagane prawem informacje, w tym szczegółowy opis czynników ryzyka, zawarte są w prospekcie informacyjnym Funduszu publicznie dostępnym na stronie www.pzu.pl oraz w siedzibie TFI PZU SA,
- udostępniono mi Kluczowe Informacje dla Inwestorów, które są również dostępne na stronie www.pzu.pl,

- 8) wiadome jest mi, iż dotychczasowe wyniki Subfunduszy oparte są na historycznych danych dotyczących wyceny wartości aktywów netto na jednostkę uczestnictwa i nie stanowią obietnicy na przyszłość. Indywidualna stopa zwrotu uczestnika z inwestycji jest uzależniona od wartości jednostki uczestnictwa w momencie jej zbycia i odkupienia przez Fundusz,
- 9) upoważniam Pracodawcę do przesyłania Deklaracji, naliczania, potrącania oraz przekazywania Składek na rachunek wskazany przez Towarzystwo, a także przesyłania innych, złożonych przeze mnie oświadczeń woli związanych z Pracowniczym Planem Oszczędnościowym,
- 10) zostałem poinformowany, że administratorem danych osobowych jest Fundusz reprezentowany przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24. Celem zbierania danych jest prowadzenie rejestrów Uczestników Funduszu, w tym ewidencjonowanie transakcji zbycia i odkupienia Jednostek Uczestnictwa przez Fundusz, prowadzenie rejestrów transakcji zgodnie z ustawą z dnia 16 listopada 2000 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (tj. Dz.U. z 2016 r., poz. 299, z późn. zm.), wykonywanie postanowień dodatkowych umów zawartych przez Uczestnika z Funduszem. Odbiorcami danych lub przewidywanymi odbiorcami lub kategoriami odbiorców danych są w szczególności sądy, organy administracji publicznej i inne uprawnione na podstawie przepisów prawa organy, na warunkach określonych przez te przepisy. Uczestnikowi Funduszu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji zawieranej umowy i znajduje swoją podstawę prawną m.in. w ww. ustawach. Oświadczenia dotyczące rezydencji podatkowych gromadzone są na potrzeby realizacji obowiązków TFI PZU SA dotyczących identyfikacji klientów będących podatnikami Stanów Zjednoczonych Ameryki wynikających z Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy pomiędzy Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA a także na potrzeby realizacji obowiązków nałożonych przez Ustawę o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Uczestnik ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania,
- 11) zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności karnej związanej z podaniem nieprawdy lub zatajeniem prawdy odnośnie zajmowania przeze mnie eksponowanego stanowiska politycznego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2014 r. poz. 455), przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.),
- 12) oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o konieczności aktualizacji oświadczenia w zakresie mojego statusu podatnika USA w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz możliwej konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia,
- 13) niniejszym oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania przez TFI PZU SA do administracji podatkowej USA (za pośrednictwem polskich organów podatkowych) danych dotyczących:
- podatników USA,
 - osób, w przypadku których stwierdzono przesłanki świadczące o rezydencji podatkowej USA i które, na prośbę TFI PZU SA, nie dostarczyły dokumentów potwierdzających, że nie są podatnikami USA,
- 14) niniejszym oświadczam, że zostałem poinformowany, że na podstawie Ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami („CRS”), TFI PZU SA jest zobowiązane do przekazania polskim organom podatkowym, w celu przekazania właściwemu organowi państwa uczestniczącego³, danych dotyczących osób będących rezydentami w państwie uczestniczącym³ na podstawie prawa podatkowego tego państwa uczestniczącego³.

XI Wskazanie osoby uposażonej na wypadek śmierci Uczestnika Pracowniczego Planu Oszczędnościowego

Dane Osoby Uposażonej

Imię Nazwisko

PESEL Data urodzenia

Obywatelstwo Polskie Inne (podać jakie):

Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr lokalu Kraj

Miejscowość Kod pocztowy - Poczta

Zgodnie z art. 111 ustawy o funduszach inwestycyjnych z dnia 27 maja 2004 r., osoba wskazana powyżej będzie upoważniona, po śmierci Uczestnika, do złożenia zlecenia odkupienia jednostek uczestnictwa z rejestrów prowadzonych na rzecz Uczestnika, w każdym z funduszy inwestycyjnych otwartych zarządzanych przez TFI PZU S.A.

Maksymalna wysokość środków objętych tym zleceniem wynosi w każdym z Funduszy dwudziestokrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, przypadającego na ostatni miesiąc przed śmiercią Uczestnika (nie więcej jednak, niż łączna wartość jednostek uczestnictwa zapisanych w rejestrach Uczestnika w tym Funduszu).

Reklamacje dotyczące usługi świadczonej przez TFI PZU SA Klient może wnieść:

- korespondencyjnie na adres TFI PZU SA, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa lub na adres agenta transferowego: PZU Centrum Operacji SA, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa
- osobiście (w formie pisemnej lub ustnie) w siedzibie TFI PZU SA lub u Dystrybutorów TFI PZU SA
- za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: tfi@pzu.pl
- w formie elektronicznej przy wykorzystaniu formularza kontaktowego dostępnego w Internecie na stronie www.pzu.pl
- telefonicznie pod nr: 801 102 102, 22 566 55 55

Reklamacje Klientów rozpatrywane są w terminie 30 dni od ich otrzymania przez TFI PZU SA/agenta transferowego/Dystrybutora (w zależności, która z tych dat jest wcześniejsza).

W sprawach wymagających dodatkowych czynności wyjaśniających, w szczególności z udziałem podmiotów zewnętrznych, termin może ulec wydłużeniu, nie więcej niż o 30 dni, o czym Klient jest informowany pisemnie na adres korespondencyjny Klienta lub pocztą elektroniczną, gdy o taką formę komunikacji w sprawie wnioskował Klient. Odpowiedź na reklamację Klienta przekazywana jest w formie pisemnej na adres korespondencyjny Klienta lub pocztą elektroniczną, gdy o taką formę komunikacji w sprawie wnioskował Klient. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Ponadto Uczestnik będący konsumentem może zwrócić się o pomoc do:

- Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów,
- Rzecznika Finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2015 r., poz. 1348).

Szczegółowe informacje na temat sposobu rozpatrywania reklamacji przez TFI PZU SA są dostępne na stronie www.pzu.pl

XII Dane osoby składającej deklarację

Uczestnik Pełnomocnik

Imię Nazwisko

PESEL Data urodzenia

Obywatelstwo Typ dokumentu tożsamości DO¹ PA² Seria i numer

Ulica Nr domu Nr lokalu Kraj

Miejscowość Kod pocztowy - Poczta

1) Dowód Osobisty

2) Paszport

3) Przez państwo uczestniczące rozumie się: a) inne, niż Rzeczypospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej, b) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Rzeczypospolita Polska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowych, c) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium wymienione w wykazie opublikowanym przez Komisję Europejską z którym Unia Europejska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowych. Listę państw uczestniczących, o których mowa w lit. b-c, określa Minister Finansów w drodze obwieszczenia do 15 października każdego roku kalendarzowego.

Nr deklaracji

Identyfikator Pracownika

XIII Dane osoby przyjmującej dyspozycję

Imię Nazwisko

Data przyjęcia deklaracji DD - MM - RR RR RR

PESEL Identyfikator

Podpis osoby składającej dyspozycję

Pieczęć Pracodawcy/Dystrybutora

Podpis i pieczęć imienna osoby przyjmującej deklarację

WYPELNIĆ PISMEM DRUKOWANYM

