

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA
w Pracowniczym Programie Emerytalnym Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach**

Imię i nazwisko Pracownika

Data urodzenia i obywatelstwo - -

PESEL¹/Seria i nr dowodu osobistego /

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

Oświadczam, że:

- 1) otrzymałem kopię Umowy Zakładowej,
- 2) zapoznałem/am się z treścią Umowy Zakładowej i akceptuję jej warunki,
- 3) a) ² wyrażam wolę przystąpienia do Pracowniczego Programu Emerytalnego na tych warunkach,
 b) ³ wyrażam wolę zmiany następujących zapisów w Deklaracji Uczestnictwa w Pracowniczym Programie Emerytalnym
- ⁴ zmiana danych osobowych
 ⁴ zmiana wysokości składki dodatkowej
 ⁴ zmiana osób uposażonych

4) deklaruje Składkę Dodatkową w wysokości , złotych

słownie:

oraz upoważniam Pracodawcę do naliczania Składki Dodatkowej, potrącania jej z mego Wynagrodzenia po opodatkowaniu, po uprzednim uwzględnieniu potrąceń wynikających z przepisów prawa i przelewania jej na Rachunek Dodatkowy,

5) wyrażam wolę, aby po mojej śmierci Środki zgromadzone w Pracowniczym Programie Emerytalnym otrzymał/otrzymali:

Nazwisko i imię	Data urodzenia	Nr PESEL	Udział w %

6) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Pracodawcę i ING Parasol FIO zarządzany przez ING Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Topiel 12 („Fundusz”) do celów realizacji Pracowniczego Programu Emerytalnego („PPE”) i zobowiązuję się do ich aktualizacji w przypadku zaistnienia zmian. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o tym, że:

- administratorami danych osobowych są: Pracodawca i Fundusz,
- przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz do ich poprawiania,
- w celu realizacji obowiązków związanych z funkcjonowaniem PPE przetwarzanie danych osobowych będzie powierzone innym podmiotom na zasadach określonych w art. 31 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)

7) wyrażam zgodę na doręczanie potwierdzeń transakcji co sześć miesięcy, za pośrednictwem Pracodawcy⁴ TAK NIE

Podpis Pracownika

Podpis osoby przyjmującej Deklarację
z upoważnienia Pracodawcy

Oświadczenia wymienione w pkt 4 i 6 nie są obowiązkowe.

¹ W przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego nr paszportu bądź innego dokumentu potwierdzającego tożsamość² Zakreślić w przypadku przystępowania Pracownika do Pracowniczego Programu Emerytalnego³ Zakreślić w przypadku zmiany przez Uczestnika Programu Deklaracji Uczestnictwa.⁴ Zaznaczyć właściwe pole dotyczące wprowadzanej zmiany.⁵ Zaznaczyć właściwe pole.

- -
Data złożenia Deklaracji

Wypełnia Pracodawca:

1. Stwierdzenie zgodności Deklaracji z warunkami

Pracowniczego Programu Emerytalnego k e2. Data zwrotu Deklaracji Pracownikowi - - 3. Data przystąpienia Pracownika do Programu

Podpis osoby weryfikującej
z upoważnienia Pracodawcy