

**Oświadczenie dotyczące uczestnictwa w ramach
Pracowniczego Programu Emerytalnego Uniwersytetu Śląskiego**

UWAGA: Prosimy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami!

Osoba składająca Oświadczenie Uczestnik Pełnomocnik Osoba uposażona / Spadkobierca¹
Typ Oświadczenia Wypłata Zwrot Wypłata Transferowa Wypowiedzenie udziału w Programie

Dane osobowe Uczestnika

Imię i nazwisko _____
Seria i numer dowodu osobistego / PESEL² _____ / _____
Data urodzenia _____ / _____ / _____
dd / mm / rrrr

Dane osobowe osoby składającej Oświadczenie (wypełnić w przypadku, jeżeli Oświadczenie jest składane przez osobę inną niż Uczestnik)

Imię i nazwisko _____
Seria i numer dowodu osobistego / PESEL² _____ / _____
Data urodzenia _____ / _____ / _____
dd / mm / rrrr

Wypłata / Zwrot¹

Sposób wypłaty / zwrotu¹:

Przelew bankowy Jednorazowo
 Przekaz pocztowy W ratach Wysokość raty³ _____
Data pierwszej wypłaty⁴ _____

Częstotliwość wypłat ratalnych:
miesięcznie / kwartalnie / półrocznie / rocznie¹

Imię i nazwisko odbiorcy wypłaty / zwrotu¹ _____
Adres odbiorcy⁵ _____

Numer rachunku bankowego odbiorcy _____

Podstawa wypłaty Ukończenie przez Uczestnika 60 lat Wcześniejsze uzyskanie uprawnień emerytalnych i ukończenie 55 roku życia Śmierć Uczestnika

Wypłata Transferowa Dokonywana do innego PPE / IKE¹

Nazwa PPE / IKE¹ _____
Numer rejestru / rachunku¹ _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Pracodawcę i ING Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty 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,
podanie danych jest dobrowolne, 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.)

Podpis składającego oświadczenie

Wypełnia pracodawca

Niniejszym potwierdzam, fakt nabycia przez _____ uprawnień do _____ środków zgromadzonych w PPE.
 Niniejszym potwierdzam okazanie przez _____ potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKE.

Potwierdzam przyjęcie oświadczenia
(Podpis i pieczęć Pracodawcy)

_____/_____/_____
(data przyjęcia oświadczenia)

¹ Niepotrzebne skreślić

² W przypadku posługiwania się paszportem seria i numer paszportu

³ Wysokość raty może być określona kwotowo lub jako ilość jednostek uczestnictwa i jej wartość nie może być niższa niż 100,00 PLN

⁴ Data, kiedy ma nastąpić pierwsza wypłata