

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 uposażonych4) deklaruję Składkę Dodatkową w wysokości , złotych słownie:

oraz upoważniam Pracodawcę do naliczania Składki Dodatkowej, potrącania jej z mojego 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) Oświadczam, że zostałem poinformowany, że:

(1) administratorem moich danych osobowych są NN Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty (Fundusz) z siedzibą w Warszawie, ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa, zarządzane przez NN Investment Partners Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A z siedzibą w Warszawie, ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa (Towarzystwo); (2) mogę się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych kierując korespondencję pisemną na adres siedziby Funduszy lub pod adresem e-mail: iod@nntfi.pl; (3) moje dane osobowe przetwarzane będą w celach: (a) realizacji mojego uczestnictwa w Pracowniczym Programie Emerytalnym i wybranych przeze mnie Funduszach 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”); (b) wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych osobowych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO; (c) wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, za które administrator danych uznaje: marketing bezpośredni, dochodzenie i obronę przed roszczeniami, zapobieganie oszustwom, zapewnienie bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego, prowadzenie statystyk i analiz oraz stosowanie wewnętrznych procesów kontroli wewnętrznej i nadzoru zgodności z prawem, w tym w ramach struktur grupy kapitałowej NN Group N.V.; (4) odbiorcami moich danych osobowych mogą być: pracodawca, podmiot prowadzący rejestr uczestników Funduszy, podmioty świadczące usługi doradcze, audytowe, księgowo, informatyczne, archiwizacji lub niszczenia dokumentów oraz usługi marketingowe, biegli rewidenci w związku z prowadzonym audytem; (5) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do wykonania umowy i obowiązków wynikających z mojego uczestnictwa w Pracowniczym Programie Emerytalnym i wybranych przeze mnie Funduszach oraz dochodzenia roszczeń i obrony przed roszczeniami wynikających z biegu ogólnych terminów przedawnienia roszczeń wydłużonych o pięć lat; (6) posiadam prawo dostępu do treści moich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przeniesienia danych; (7) posiadam prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych do celu marketingu bezpośredniego, w zakresie, w jakim przetwarzanie jest związane z marketingiem bezpośrednim; (8) posiadam prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych, gdy przetwarzanie jest niezbędne do pozostałych celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania; (9) przysługuje mi uprawnienie wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych; (10) podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, jednak jest niezbędne do realizacji mojego uczestnictwa w Pracowniczym Programie Emerytalnym i wybranych przeze mnie Funduszach, zaś brak ich podania uniemożliwi przystąpienie do Pracowniczego Programu Emerytalnego i uczestnictwo w Funduszach.

W przypadku podania danych osób uposażonych na wypadek śmierci zobowiązuję się do poinformowania osób, których dane podałem, o tym, że ich dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo i Fundusze w związku z moim uczestnictwem w Funduszach, jak również o adresie i pełnej nazwie Funduszy i Towarzystwa, danych kontaktowych Inspektora Ochrony Danych, celach przetwarzania danych osobowych i podstawie prawnej ich przetwarzania, kategoriach odbiorców danych, okresie, przez jaki będą przetwarzane dane, prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora danych osobowych, prawie dostępu do

treści danych oraz prawie ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia, a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed wyrażeniem sprzeciwu, źródle pochodzenia danych, jak również o uprawnieniu do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7) wyrażam zgodę na doręczanie potwierdzeń transakcji co sześć miesięcy na mój adres korespondencyjny⁵ TAK NIE

Podpis Pracownika

Podpis osoby przyjmującej Deklarację
z upoważnienia Pracodawcy

Oświadczenia wymienione w pkt 4 i 5 nie są obowiązkowe.

¹ W przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego nr paszportu bądź innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

² Zakreślić w przypadku przystępowania Pracownika do Pracowniczego Programu Emerytalnego

³ 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 Tak Nie

2. Data zwrotu Deklaracji Pracownikowi - -

3. Data przystąpienia Pracownika do Programu - -

Podpis osoby weryfikującej
z upoważnienia Pracodawcy