

## Oświadczenie dotyczące uczestnictwa

w ramach Pracowniczego Programu Emerytalnego Uniwersytet Śląski

UWAGA: Prosimy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami!

**Osoba składająca Oświadczenie**  Uczestnik  Pełnomocnik  Osoba uposażona / Spadkobierca<sup>1</sup>

**Typ Oświadczenia**  Wypłata  Zwrot  Wypłata Transferowa  Wypowiedzenie udziału w Programie

### Dane osobowe Uczestnika

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

PESEL<sup>2</sup>/Seria i nr dowodu osobistego \_\_\_\_\_

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

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

PESEL<sup>2</sup>/Seria i nr dowodu osobistego \_\_\_\_\_

### Wypłata / Zwrot<sup>1</sup>

Sposób wypłaty / zwrotu<sup>1</sup>:

Przelew bankowy

Jednorazowo

Przekaz pocztowy

W ratach: wysokość raty \_\_\_\_\_

Data pierwszej wypłaty<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Częstotliwość wypłat ratalnych:  
miesięcznie / kwartalnie / półrocznie / rocznie<sup>1</sup>

Imię i nazwisko odbiorcy wypłaty / zwrotu<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Adres odbiorcy \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

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 / IKE<sup>1</sup>

Nazwa PPE / IKE<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Numer rachunku bankowego<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

### Oświadczam, że zostałem (-am) poinformowany (-a) o tym, że:

- (1) administratorem moich danych osobowych są wybrane przeze mnie Fundusze Inwestycyjne NN (odpowiednio NN Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty) 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 Inwestycyjnych NN/Towarzystwa lub pod adresem e-mail: iod@nntfi.pl;

<sup>1</sup>Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup>W przypadku posługiwania się paszportem seria i numer paszportu

<sup>3</sup>Data, kiedy ma nastąpić wypłata pierwszej raty

<sup>4</sup>Podać numer rachunku bankowego właściwego dla dokonania wypłaty transferowej z potwierdzenia zawarcia umowy innego PPE lub IKE

- (3) moje dane osobowe przetwarzane będą w celach: (a) realizacji mojego uczestnictwa w pracowniczym programie emerytalnym (Program) i wybranych przeze mnie Funduszach Inwestycyjnych NN 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, depozytariusz, podmiot prowadzący rejestr uczestników Funduszy Inwestycyjnych NN, dystrybutor jednostek uczestnictwa, podmioty świadczące usługi doradcze, audytowe, księgowo, informatyczne, archiwizacji, niszczenia dokumentów, usługi marketingowe oraz 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 Programie i wybranych przez mnie Funduszach Inwestycyjnych NN oraz dochodzenia roszczeń i ochrony 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 Programie i wybranych przeze mnie Funduszach Inwestycyjnych NN, zaś brak ich podania uniemożliwi uczestnictwo w Programie oraz Funduszach Inwestycyjnych NN.

\_\_\_\_\_ ]  
Podpis składającego oświadczenie

## Wypełnia Pracodawca

(zaznaczyć właściwe pole):

- Niniejszym potwierdzam fakt nabycia uprawnień do Wypłaty środków zgromadzonych w PPE.
- Niniejszym potwierdzam uprawnienie do dokonania Wypłaty Transferowej oraz załączam stosowne potwierdzenie zawarcia umowy IKE / PPE<sup>5</sup>

\_\_\_\_\_ ]  
Pieczęć pracodawcy

\_\_\_\_\_ ]  
Potwierdzam przyjęcie oświadczenia  
(Podpis i pieczęć Pracodawcy)

\_\_\_\_\_ ]  
(data przyjęcia oświadczenia)

<sup>5</sup>Niepotrzebne skreślić, potwierdzenie zawarcia umowy IKE lub PPE powinno być załączone w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność przez Pracodawcę.