

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

w Pracowniczym Programie Emerytalnym Atalian Poland Sp. z o.o.

UWAGA: Prosimy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

Imię i nazwisko Pracownika

Data urodzenia, obywatelstwo i państwo urodzenia

PESEL¹/Seria i nr dowodu osobistego

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

Numer rachunku bankowego właściwego dla dokonania Wypłaty

Oświadczam, że:

- Otrzymałem/am kopię Umowy Zakładowej,
- Zapoznałem/am się z treścią Umowy Zakładowej i akceptuję jej warunki, a w szczególności zapoznałem/am się z zawartymi w niej informacjami dotyczącymi składania i procesu rozpatrywania reklamacji,
- a) ²Wyrażam wolę przystąpienia do Pracowniczego Programu Emerytalnego na tych warunkach,
b) ³Wyrażam wolę zmiany następujących zapisów w Deklaracji Uczestnictwa w Pracowniczym Programie Emerytalnym

⁴zmiana danych osobowych

⁴zmiana wysokości Składki dodatkowej

⁴zmiana Alokacji Składek (wyłącznie ze skutkiem dla przyszłych składek)

⁴zmiana osób uposażonych

⁴zmiana terminów lub formy doręczania potwierdzeń transakcji

- 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, licząc od następującego miesiąca⁵: _____ (minimalna wysokość Składki dodatkowej to **20 zł**)
- Wybieram Subfundusz (w przypadku braku wskazania Subfunduszu/Subfunduszy lub wskazania błędnej Alokacji Składki całość Składki przekazywana będzie do NN Subfunduszu Oszczędnościowy):

NN Oszczędnościowy	_____	% alokacji	NN Perspektywa 2045	_____	% alokacji
NN Obligacji	_____	% alokacji	NN Perspektywa 2040	_____	% alokacji
NN Stabilnego Wzrostu	_____	% alokacji	NN Perspektywa 2035	_____	% alokacji
NN Zrównoważony	_____	% alokacji	NN Perspektywa 2030	_____	% alokacji
NN Akcji	_____	% alokacji	NN Perspektywa 2025	_____	% alokacji
			NN Perspektywa 2020	_____	% alokacji

Uczestnik może określić w Deklaracji Alokację Składek pomiędzy poszczególne Subfundusze z tym, że wpłata do jednego Subfunduszu wybranego przez Uczestnika musi stanowić minimum 10% Składki lub wielokrotność 10% Składki. **Suma udziałów alokowanych Składek w Subfunduszach musi wynosić 100%.**

- Wyrażam wolę, aby po mojej śmierci Środki zgromadzone w Pracowniczym Programie Emerytalnym otrzymał/a /otrzymali:

Nazwisko i imię	Data urodzenia	Nr PESEL	Udział w %
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- Oświadczam, że zostałem poinformowany, że:

- administratorem moich danych osobowych są NN Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty oraz NN Perspektywa Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty (Fundusze) 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);
- mogę się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych kierując korespondencję pisemną na adres siedziby Funduszy lub pod adresem e-mail: iod@nntfi.pl;
- 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, wynikających w szczególności z ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi, ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości oraz ustaw podatkowych; (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 przez 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.

- 8) Wyrażam zgodę na doręczanie mi potwierdzeń transakcji co dwanaście miesięcy⁶ TAK NIE
- 9) Wyrażam zgodę na doręczanie mi potwierdzeń transakcji drogą elektroniczną na podany poniżej adres poczty elektronicznej (email)⁷ TAK NIE

Adres poczty elektronicznej (e-mail) właściwy do doręczania potwierdzeń transakcji: _____

Data złożenia Deklaracji
Uczestnictwa

Podpis Pracownika

Podpis osoby przyjmującej i weryfikującej⁸ Deklarację
z upoważnienia Pracodawcy

Wypełnia Pracodawca

1. Stwierdzenie zgodności Deklaracji Uczestnictwa z warunkami Pracowniczego Programu Emerytalnego TAK NIE
2. Data zwrotu Deklaracji Uczestnictwa Pracownikowi _____
3. Data przystąpienia Pracownika do Pracowniczego Programu Emerytalnego _____

Podpis osoby weryfikującej Deklarację Uczestnictwa
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 tożsamość.

2 Zakreślić w przypadku przystępowania Pracownika do Pracowniczego Programu Emerytalnego.

3 Zakreślić w przypadku zmiany Deklaracji Uczestnictwa przez Uczestnika Pracowniczego Programu Emerytalnego.

4 Zaznaczyć właściwe pole dotyczące wprowadzanej zmiany.

5 Data liczona jedynie w miesiącach i latach. Podać datę, tylko w razie chęci naliczania Składki Dodatkowej w terminie innym niż wynika to z zasad określonych Umową Zakładową.

6 Brak zgody oznaczać będzie wysyłanie Pracownikowi potwierdzeń transakcji każdorazowo po ich dokonaniu.

7 Brak zgody oznaczać będzie przesyłanie potwierdzeń transakcji na adres korespondencyjny.

8 Osoba przyjmująca Deklarację z upoważnienia Pracodawcy jest zobowiązana do weryfikacji zgodności danych osobowych Pracownika zamieszczonych w Deklaracji z jego dokumentem tożsamości. Podpis osoby przyjmującej Deklarację pod pierwszą częścią dokumentu oznacza, iż dane te zostały zweryfikowane i są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.