****

ZAINTERESOWANY WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE.

**\*) Właściwe pole wyboru proszę zaznaczyć znakiem X**

**WNIOSEK**

**o ustalenie zbiegu świadczeń z rentą rodzinną**

Na podstawie przepisów ustawy z dnia 26 lipca 2024 r. o zmianie ustawy o emeryturach
i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1243) **wnoszę o:**

1. **ustalenie zbiegu świadczeń z rentą rodzinną**
2. **wypłacanie w wysokości 100% (wskaż, które ze świadczeń w zbiegu mamy wypłacać
w wysokości 100%)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **renty rodzinnej** |
|  | **innego świadczenia emerytalno-rentowego, do którego mam uprawnienia** |
|  | **wyższego świadczenia** |
| 1. Dotyczy, jeżeli Pani/Pan ma już ustalone prawo do świadczeń:
 |
|  | **Wnoszę o wypłacanie świadczeń, które obecnie pobieram, jeżeli w wyniku zbiegu tych świadczeń z rentą rodzinną łączna wysokość świadczeń ustalonych do wypłaty w zbiegu okaże się niższa od sumy dotychczas pobieranych świadczeń.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **A.** | **ADNOTACJE URZĘDOWE (wypełnia organ emerytalny)** |
| **A.1.** | Wniosek do organu emerytalnego wpłynął dnia Został zarejestrowany pod numerem (pieczątka służbowa i podpis) |
| **A.2.** | Identyfikator świadczenia  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B.** | **DANE WNIOSKODAWCY** |
| **B.1.** | **DANE PERSONALNE** |
|  | Numer PESEL | Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok) |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (proszę podać, jeżeli Pani/Pan nie posiada numeru PESEL) |
|  Imię | Nazwisko |
| Imię ojca | Nazwisko rodowe |
|  | Nr telefonu | Adres email |

|  |  |
| --- | --- |
| **B.2.** | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
|  | Kraj | Województwo | Powiat |
| Gmina lub dzielnica - gmina | Miejscowość |
|  | Ulica | Nr domu | Nr lokalu |
|  | Kod pocztowy | Poczta | Skrytka pocztowa |
| Urząd skarbowy właściwy według Pani/Pana miejsca zamieszkania |
| **B.3.** | **ADRES OSTATNIEGO MIEJSCA ZAMIESZKANIA W POLSCE/ADRES MIEJSCA POBYTU** |
|  | Województwo | Powiat |
| Gmina lub dzielnica - gmina | Miejscowość |
|  | Ulica | Nr domu | Nr lokalu |
|  | Kod pocztowy | Poczta | Skrytka pocztowa |
| **B.4.** | **ADRES DO KORESPONDENCJI (proszę podać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania/adres ostatniego miejsca zamieszkania/adres miejsca pobytu)** |
|  | Jeżeli Pani/Pan wybierze:* poste restante, proszę podać jedynie **kod pocztowy** placówki pocztowej oraz w polu **Miejscowość i Poczta** nazwę tej placówki,
* skrytkę pocztową/przegródkę pocztową, w polu **Skrytka Pocztowa** numer skrytki/przegródki, w polu **Kod pocztowy**- kod pocztowy placówki oraz w polu **Miejscowość i Poczta** nazwę placówki pocztowej
 |
|  adres |  poste restante |  skrytka pocztowa |  przegródka pocztowa |
| Kraj | Województwo |
| Miejscowość |
|  | Ulica | Nr domu | Nr lokalu |
|  | Kod pocztowy | Poczta | Skrytka pocztowa |

|  |  |
| --- | --- |
| **C.** | **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY** |
|  | 1. **Oświadczam, że mam przyznaną rentę rodzinną lub mam złożony wniosek o rentę rodzinną i oczekuję na decyzję w tej sprawie**
 | TAK\*) | NIE \*) |
|  | **Jeśli TAK, proszę wskazać instytucję**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ZER MSWiA |  |  | ZUS |  | KRUS |  | Biuro Emerytalne Służby Więziennej (BESW) |   |
|  | Wojskowe Biuro Emerytalne Białystok |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Kraków |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Rzeszów |
|  | Wojskowe Biuro Emerytalne Bydgoszcz |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Lublin |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Szczecin |
|  | Wojskowe Biuro Emerytalne Gdańsk |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Łódź |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Warszawa |

 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Wojskowe Biuro Emerytalne Katowice |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Olsztyn |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Wrocław |
|  | Wojskowe Biuro Emerytalne Kielce |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Poznań |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Zielona Góra |

 |
|  | **Jeśli TAK, proszę podać numer renty rodzinnej** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**oraz wysokość renty** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 1. **mam przyznane inne świadczenie lub mam złożony wniosek o inne świadczenie i oczekuję na decyzję w tej sprawie**.
 | TAK\*) | NIE \*) |
| **Jeśli TAK, proszę wskazać instytucję**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ZER MSWiA |  |  | ZUS |  |  | KRUS |  | Biuro Emerytalne Służby Więziennej (BESW) |
|  | Wojskowe Biuro Emerytalne Białystok |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Kraków |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Rzeszów |
|  | Wojskowe Biuro Emerytalne Bydgoszcz |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Lublin |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Szczecin |
|  | Wojskowe Biuro Emerytalne Gdańsk |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Łódź |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Warszawa |
|  | Wojskowe Biuro Emerytalne Katowice |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Olsztyn |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Wrocław |
|  | Wojskowe Biuro Emerytalne Kielce |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Poznań |  | Wojskowe Biuro Emerytalne Zielona Góra |

 |
| **Jeśli TAK, proszę podać numer świadczeni**a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**oraz wysokość** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1. mam przyznane świadczenie z zagranicznej instytucji emerytalno-rentowej lub mam złożony wniosek o zagraniczne świadczenie emerytalno-rentowe i oczekuję na decyzję w tej sprawie.
 | TAK\*) | NIE \*) |
| **Jeśli tak**, to proszę dołączyć dokument potwierdzający prawo i wysokość świadczenia zagranicznego wydany przez instytucję zagraniczną oraz proszę podać:**rodzaj świadczenia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**nazwę zagranicznej instytucji wypłacającej/rozpatrującej wniosek o świadczenie**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nazwę kraju, który wypłaca Pani/Panu (rozpatruje wniosek) o świadczenie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_miejscowość – siedzibę instytucji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_miesięczną wysokość pobieranego świadczenia1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**1)** miesięczna wysokość pobieranego świadczenia – tj. wysokość świadczenia przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń |
| 1. Jestem wdową/wdowcem po zmarłym \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (imię i nazwisko zmarłego) |
| 1. Do dnia śmierci współmałżonka pozostawaliśmy we wspólności małżeńskiej (wspólnie zamieszkiwaliśmy lub prowadziliśmy wspólne gospodarstwo domowe lub łączył nas inny rodzaj więzi)
 | TAK\*) | NIE \*) |
| 1. Zawarłam(em) nowy związek małżeński po śmierci małżonka, po którym przysługuje renta rodzinna
 | TAK\*) | NIE \*) |
|  | 1. Osiągam (będę osiągał) przychód z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego w rozumieniu przepisów ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Jeżeli TAK, podać ich wysokość, okres osiągania oraz nazwę i adres płatnika

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | TAK\*) | NIE \*) |

|  |
| --- |
| **D. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA PRZEKAZYWANIA ŚWIADCZENIA**  |
| **D.1** | **DYSPOZYCJA WNIOSKODAWCY ZAMIESZKAŁEGO W POLSCE** |
|  | **Na osobisty rachunek bankowy w Polsce** | TAK\*) | NIE \*) |
| Pełna nazwa banku (oddziału) |
|  Pełny numer rachunku bankowego |
| **Za pośrednictwem urzędu pocztowego pod wskazanym w Polsce adresem**: | TAK\*) | NIE \*) |
| Zamieszkania | Ostatniego miejsca zamieszkani/miejsca pobytu | Do korespondencji |

|  |  |
| --- | --- |
| **D.2** |  **DYSPOZYCJA WNIOSKODAWCY ZAMIESZKAŁEGO ZA GRANICĄ**  (wypłacimy**,** jeżeli Pani/Pan zamieszkuje w państwach członkowskich UE lub EFTA albo w Wielkiej Brytanii  lub w państwie, z którym Polska zawarła umowę dwustronną o zabezpieczeniu społecznym**)** |
|  | **ZA GRANICĘ - NA OSOBISTY RACHUNEK BANKOWY (OPRÓCZ USA)** | TAK\*) | NIE \*) |
| Międzynarodowy numer rachunku bankowego, którego jest Pani/Pan posiadaczem/współposiadaczem: |
| Pełna nazwa i adres banku (oddziału): |
| Międzynarodowy identyfikator banku w formacie BIC/SWIFT: |
| **ZA GRANICĘ – DO USA -NA OSOBISTY RACHUNEK BANKOWY**: | TAK\*) | NIE \*) |
| Numer rachunku bankowego, którego jest Pani/Pan posiadaczem/współposiadaczem |
| Pełna nazwa i adres banku macierzystego w USA (dane w formacie ACH „Direct Deposit”) |
| Kod identyfikacyjny banku macierzystego w USA |
| Bieżący/Checking | Oszczędnościowy/Savings |
| Nazwa i adres banku pośredniczącego |
|  | **W POLSCE - NA PONIŻSZY RACHUNEK BANKOWY** **(**proszę podać numer rachunku bankowego, którego jest Pan/Pani posiadaczem lub współposiadaczem, albo rachunek bankowy osoby upoważnionej do odbioru zamieszkałej w Polsce, jeżeli świadczenie ma być wypłacane na ten rachunek) | TAK\*) | NIE \*) |
| Pełna nazwa banku (oddziału) |
| Pełny numer rachunku bankowego |
| Imię i nazwisko posiadacza rachunku osoby upoważnionej do odbioru Pani/Pana świadczenia |
| PESEL osoby upoważnionej |
| Rodzaj serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby upoważnionej, jeżeli osoba upoważniona nie posiada numeru PESEL |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E. DO WNIOSKU DOŁĄCZAM:** | **liczba załączonych dokumentów:** |  |
|  |
| **Sposób odbioru odpowiedzi** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | w placówce ZER MSWiA (osobiście lub przez osobę upoważnioną) |  | pocztą na adres wskazany we wniosku |
|  |  |  |  |

 |
| **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą, co poświadczam złożonym podpisem** |
| ………………………………..….. ……..……………………………………….(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy/pełnomocnika) |

|  |
| --- |
| INFORMACJA |
|  | 1. Wdowie lub wdowcowi uprawnionym do **renty rodzinnej** po zmarłym małżonku **przysługuje** **prawo do pobierania w zbiegu drugiego „*własnego*” świadczenia emerytalno-rentowego**, na zasadach określonych *w ustawie z dnia* *26 lipca 2024 r.* *o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1243),* zwanej *ustawą zmieniającą.*
2. W razie zbiegu prawa do tzw. „*własnego”* świadczenia emerytalno-rentowego oraz do renty rodzinnej, świadczenia te **wypłaca się, zależnie od dokonanego przez Panią/Pana wyboru, tj.:**
* 100% świadczenia *„własnego*” oraz 15% renty rodzinnej albo
* 15% świadczenia *„własnego”* oraz 100% renty rodzinnej.
1. **W niniejszym wniosku należy zaznaczyć, które świadczenie ma być wypłacane w 100%.**

Jeżeli Pani/Pan zaznaczy w niniejszym wniosku, że:* **renta rodzinna ma być wypłacana w 100%,** to będziemy wypłacać, rentę rodzinną w 100% i Pani/Pana *„własne*” świadczenie w 15%,
* **inne świadczenie emerytalno-rentowe** (tzw. *„własne”*) ma być wypłacane w 100%, to będziemy wpłacać *„własne*” świadczenie w 100% i rentę rodzinną w 15%,
* **wyższe świadczenie ma być wypłacane w 100%,** to wybierzemy wariant najkorzystniejszy i wyższe świadczenie będziemy wypłacać w 100%, a zbiegające się (niższe) w 15%.
1. Suma świadczeń wypłacanych w zbiegu nie może przekroczyć **trzykrotności kwoty najniższej emerytury.**
2. **Do ustalenia wskazanego w pkt 4 limitu świadczeń wliczamy** rentę rodzinną *oraz* „*własne”* świadczenia emerytalno-rentowe, świadczenia wypłacane przez instytucje zagraniczne oraz wszystkie *„stałe*” dodatki i świadczenia o charakterze innym niż jednorazowe np. *dodatek pielęgnacyjny, dodatek kombatancki, dodatek kompensacyjny, dodatek pielęgnacyjny dla inwalidy wojennego całkowicie niezdolnego do pracy i samodzielnej egzystencji, dodatek dla sieroty zupełnej*.
3. W przypadku przekroczenia kwoty trzykrotności kwoty najniższej emerytury, jedno ze świadczeń **ulega pomniejszeniu o kwotę przekroczenia.**
4. **Warunkiem przyznania prawa do zbiegu świadczeń, tj. renty rodzinnej i „*własnego*” świadczenia emerytalno-rentowego jest:**
5. **osiągnięcie powszechnego wieku emerytalnego, tj. 60 lat przez kobietę i 65 lat przez mężczyznę;**
6. **pozostawanie we wspólności małżeńskiej do dnia śmierci małżonka;**
7. **nabycie prawa do renty rodzinnej po zmarłym małżonku nie wcześniej niż 5 lat przed osiągnięciem powszechnego wieku emerytalnego, o którym mowa w lit. a, co oznacza, że prawo do renty rodzinnej po zmarłym małżonku zostało nabyte nie wcześniej niż w dniu ukończenia 55 lat przez wdowę i 60 lat przez wdowca;**
8. **nie zawarcie nowego związku małżeńskiego po śmierci małżonka, po którym przysługuje renta rodzinna.**
9. Prawo do wypłaty świadczeń w zbiegu **ustaje z dniem poprzedzającym dzień zawarcia nowego związku małżeńskiego** przez osobę uprawnioną. Powyższe oznacza, że z tym dniem jedno ze świadczeń, które dotychczas było wypłacane w zbiegu będzie podlegało zawieszeniu. W przypadku pobierania świadczeń w zbiegu po dniu poprzedzającym dzień zawarcia nowego związku małżeńskiego, nienależnie pobrane świadczenie z tego tytułu **będzie podlegało zwrotowi**.
10. Prawo do wypłaty świadczeń w zbiegu przysługuje od miesiąca złożenia wniosku, **nie wcześniej niż od dnia 1 lipca 2025 r.**
11. Od dnia **1 stycznia 2027 r.** świadczenia wypłacane w zbiegu **zostaną przeliczone z urzędu** z zastosowaniem wskaźnika **25%** wysokości świadczenia.
12. Informacje w sprawie zbiegu renty rodzinnej z „własnym” świadczeniem dostępne są na stronie internetowej Zakładu:[www.gov.pl/web/zermswia/zbieg-renty-rodzinnej-z-wlasnym-swiadczeniem](http://www.gov.pl/web/zermswia/zbieg-renty-rodzinnej-z-wlasnym-swiadczeniem)
 |

**KLAUZULA INFORMACYJNA - RODO**

## Dane Pani/Pana przetwarzane są zgodnie z postanowieniami RODO

**RODO** - Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L z 2016 r. nr 119/1, z późn. zm.).Podstawowym celem RODO jest ochrona podstawowych praw i wolności osób fizycznych w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych.

### Informacje ogólne o podmiocie przetwarzającym dane osobowe

Administratorem, czyli podmiotem, który ustala cele i sposoby przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, jest Dyrektor Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z siedzibą w Warszawie (02-106) przy ul. Pawińskiego 17/21.

### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych

W razie pytań związanych z przetwarzaniem danych osobowych, zachęcamy do kontaktu wysyłając e-mail na adres: iod@zer.mswia.gov.pl.

### Cel przetwarzania danych osobowych

Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Dyrektorze ZER MSWiA, realizowanego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin, zwanej ustawą zaopatrzeniową oraz zapewnienie bezpieczeństwa ich przetwarzania.

W związku z obowiązkiem realizacji przepisów ustawy zaopatrzeniowej Dyrektor ZER MSWiA zobowiązany jest w szczególności do:

* + - gromadzenia oraz aktualizowania danych świadczeniobiorców, którym są przyznawane i wypłacane świadczenia oraz dodatki,
		- przyjmowania i rozpatrywania wniosków w sprawach o świadczenia oraz dodatki realizowane na podstawie przepisów ustawy zaopatrzeniowej oraz innych ustaw,
		- przyjmowania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin osób, które są świadczeniobiorcami ZER MSWiA i podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu w Narodowym Funduszu Zdrowia,
		- wypłaty świadczeń na podstawie innych ustaw realizowanych w zbiegu ze świadczeniami wypłacanymi na podstawie ustawy zaopatrzeniowej oraz dodatków przyznanych na podstawie innych ustaw,
		- realizacji potrąceń ze świadczeń i dochodzenia należności, w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji,
		- pobierania zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych i składek na ubezpieczenie zdrowotne.

### Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Podstawą przetwarzania danych osobowych są:

1. obowiązki prawne spoczywające na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz dodatkowo – odnośnie danych o stanie zdrowia – art. 9 ust. 2 lit. b i h RODO) wynikające w szczególności z:
	1. ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego,
	Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin,
	2. ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
	3. ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
	4. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
	5. ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
	6. ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych,
	7. ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego,
	8. ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego,
	9. ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych
	i okresu powojennego,
	10. ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
	11. ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
	12. ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji,
	13. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie
	koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
	14. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,

oraz innych ustaw, z których wynika prawo danego podmiotu do pozyskania danych osobowych od organu emerytalnego,

1. prawnie usprawiedliwiony interes administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) polegający na dochodzeniu zwrotu należności Skarbu Państwa z tytułu nienależnie pobranych świadczeń,
2. prawnie usprawiedliwiony interes administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO), którym jest zapewnienie bezpieczeństwa pracowników i świadczeniobiorców oraz ochrona przetwarzanych danych osobowych.

### Informacje o kategoriach odbiorców danych osobowych

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być w szczególności:

1. jednostki Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej, Wojska Polskiego,
2. Centrala oraz oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia,
3. urzędy skarbowe,
4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i inne organy emerytalne i rentowe,
5. komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych,
6. Instytut Pamięci Narodowej,
7. Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych,
8. Prokuratoria Generalna,
9. Ambasady i Konsulaty RP,
10. sądy, prokuratury,
11. szkoły, uczelnie,
12. banki,
13. komornicy, organy egzekucyjne, syndycy masy upadłości,
14. urzędy pracy,
15. ministerstwa, w szczególności Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Rodziny. Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Spraw Zagranicznych, Ministerstwo Obrony Narodowej,
16. instytucje właściwe i łącznikowe do spraw zabezpieczenia społecznego państw UE/EOG,
17. Poczta Polska,
18. pracodawcy i płatnicy składek na ubezpieczenia społeczne,
19. organy administracji publicznej, tj. wojewodowie, inne terenowe organy administracji rządowej (zespolonej
i niezespolonej), organy jednostek samorządu terytorialnego.

### Okres przechowywania danych osobowych

Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych podanych administratorowi w związku z realizacją Pani/Pana praw wynikających z przepisów ustawy zaopatrzeniowej jest bezterminowy.

### Informacje o przysługujących Pani/Panu prawach

Przysługuje Pani/Panu prawo:

1. żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz otrzymania kopii tych danych,
2. żądania sprostowania tych danych,
3. żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych do ich przechowywania,
4. wniesienia skargi w związku z przetwarzaniem danych osobowych do organu nadzorczego, którym jest zgodnie
z art. 34 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Wniosek w sprawie realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych powinien zostać złożony w formie pisemnej osobiście w siedzibie Zakładu lub w Punktach Obsługi Klienta ZER MSWiA lub przesłany za pośrednictwem przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie doręczania przesyłek na adres Zakładu albo za pośrednictwem profilu zaufanego
elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP).

### Obowiązek podania danych oraz skutek ich niepodania

Podanie danych osobowych związanych realizacją Pani/Pana praw wynikających z postanowień ustawy zaopatrzeniowej jest obligatoryjne, ale w przypadku ich nie podania bądź nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie, nie będzie możliwa realizacja zadań przez administratora związanych z Pani/Pana prawem do świadczeń.

Brak podania danych osobowych członków rodziny (dzieci) bądź brak zgody na ich przetwarzanie będzie skutkowało brakiem możliwości korzystania z uprawnień związanych w szczególności z prawem do świadczeń oraz ubezpieczeniem zdrowotnym.