

WNIOSEK

o ustalenie zbiegu świadczeń z rentą rodzinną

I. 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

II. 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 _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____</div> <div style="text-align: right; font-size: small;">(pieczętka służbowa i podpis)</div>
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: <ul style="list-style-type: none"> – 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 			
<input type="checkbox"/> adres <input type="checkbox"/> poste restante <input type="checkbox"/> skrytka pocztowa <input type="checkbox"/> 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
BiałystokWojskowe Biuro Emerytalne
KrakówWojskowe Biuro
Emerytalne RzeszówWojskowe Biuro Emerytalne
BydgoszczWojskowe Biuro Emerytalne
LublinWojskowe Biuro
Emerytalne SzczecinWojskowe Biuro Emerytalne
GdańskWojskowe Biuro Emerytalne
ŁódźWojskowe Biuro
Emerytalne WarszawaWojskowe Biuro Emerytalne
KatowiceWojskowe Biuro Emerytalne
OlsztynWojskowe Biuro Emerytalne
WrocławWojskowe Biuro Emerytalne
KielceWojskowe Biuro Emerytalne
PoznańWojskowe Biuro Emerytalne
Zielona Góra

**Jeśli TAK, proszę podać numer renty rodzinnej
oraz wysokość renty**

2. 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
BiałystokWojskowe Biuro Emerytalne
KrakówWojskowe Biuro Emerytalne
RzeszówWojskowe Biuro Emerytalne
BydgoszczWojskowe Biuro Emerytalne
LublinWojskowe Biuro Emerytalne
SzczecinWojskowe Biuro Emerytalne
GdańskWojskowe Biuro Emerytalne
ŁódźWojskowe Biuro Emerytalne
WarszawaWojskowe Biuro Emerytalne
KatowiceWojskowe Biuro Emerytalne
OlsztynWojskowe Biuro Emerytalne
WrocławWojskowe Biuro Emerytalne
KielceWojskowe Biuro Emerytalne
PoznańWojskowe Biuro Emerytalne
Zielona Góra

**Jeśli TAK, proszę podać numer świadczenia
oraz wysokość**

<p>3. mam przyznane świadczenie z zagranicznej instytucji emerytalno-rentowej lub mam złożony wniosek o zagraniczne świadczenie emerytalno-rentowe i oczekuję na decyzję w tej sprawie.</p> <p>Jeśli tak, to proszę dołączyć dokument potwierdzający prawo i wysokość świadczenia zagranicznego wydany przez instytucję zagraniczną oraz proszę podać:</p> <p>rodzaj świadczenia</p> <p>nazwę zagranicznej instytucji wypłacającej/rozpatrującej wniosek o świadczenie</p> <p>nazwę kraju, który wypłaca Pani/Panu (rozpatruje wniosek) o świadczenie:</p> <p>miejscowość – siedzibę instytucji</p> <p>miesięczną wysokość pobieranego świadczenia¹⁾</p> <p>¹⁾ miesięczna wysokość pobieranego świadczenia – tj. wysokość świadczenia przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń</p>	<p>TAK^{*)} <input type="checkbox"/></p> <p>NIE ^{*)} <input type="checkbox"/></p>	<p>TAK^{*)} <input type="checkbox"/></p> <p>NIE ^{*)} <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Jestem wdową/wdowcem po zmarłym _____</p> <p>(imię i nazwisko zmarłego)</p>		
<p>5. Do dnia śmierci współmałżonka pozostawaliśmy we wspólności małżeńskiej (wspólnie zamieszkiwaliśmy lub prowadziliśmy wspólne gospodarstwo domowe lub łączył nas inny rodzaj więzi)</p>	<p>TAK^{*)} <input type="checkbox"/></p>	<p>NIE ^{*)} <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Zawarłam(em) nowy związek małżeński po śmierci małżonka, po którym przysługuje renta rodzinna</p>	<p>TAK^{*)} <input type="checkbox"/></p>	<p>NIE ^{*)} <input type="checkbox"/></p>
<p>7. 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 osiągnięcia oraz nazwę i adres płatnika</p>	<p>TAK^{*)} <input type="checkbox"/></p>	<p>NIE ^{*)} <input type="checkbox"/></p>

D. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA PRZEKAZYWANIA ŚWIADCZENIA

D.1 DYSPOZYCJA WNIOSKODAWCY ZAMIESZKAŁEGO W POLSCE

<p>Na osobisty rachunek bankowy w Polsce</p>	<p>TAK^{*)} <input type="checkbox"/></p>	<p>NIE ^{*)} <input type="checkbox"/></p>
<p>Pełna nazwa banku (oddziału)</p>		
<p>Pełny numer rachunku bankowego</p>		
<p>Za pośrednictwem urzędu pocztowego pod wskazanym w Polsce adresem:</p>	<p>TAK^{*)} <input type="checkbox"/></p>	<p>NIE ^{*)} <input type="checkbox"/></p>
<p>Zamieszkania</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Ostatniego miejsca zamieszkania/miejsca pobytu</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Do korespondencji</p> <p><input type="checkbox"/></p>

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*) <input type="checkbox"/>	NIE *) <input type="checkbox"/>
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*) <input type="checkbox"/>	NIE *) <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	Oszczędnościowy/Savings <input type="checkbox"/>		
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*) <input type="checkbox"/>	NIE *) <input type="checkbox"/>	
Pełna nazwa banku (oddziału)			
Pełny numer rachunku bankowego			
Imię i nazwisko posiadacza rachunku osoby upoważnionej do odbioru Pani/Pana świadczenia			
PESEL osoby upoważnionej			
Rodzaj serii i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby upoważnionej, jeżeli osoba upoważniona nie posiada numeru PESEL			

E. DO WNIOSKU DOŁĄCZAM:	liczba załączonych dokumentów:	<input type="text"/>
Sposób odbioru odpowiedzi		
<input type="checkbox"/>	w placówce ZER MSWiA (osobiście lub przez osobę upoważnioną)	<input type="checkbox"/>
		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

- 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*.
- W razie zbiegu prawa do tzw. „własnego” świadczenia emerytalno-rentowego oraz do renty rodzinnej, świadczenia te **wyplaca się, zależnie od dokonanego przez Panią/Pana wyboru, tj.:**
 - ✓ 100% świadczenia „własnego” oraz 15% renty rodzinnej albo
 - ✓ 15% świadczenia „własnego” oraz 100% renty rodzinnej.
- 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 wypłacać „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%.
- Suma świadczeń wypłacanych w zbiegu nie może przekroczyć **trzykrotności kwoty najniższej emerytury**.
- 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*.
- W przypadku przekroczenia kwoty trzykrotności kwoty najniższej emerytury, jedno ze świadczeń **ulega pomniejszeniu o kwotę przekroczenia**.
- Warunkiem przyznania prawa do zbiegu świadczeń, tj. renty rodzinnej i „własnego” świadczenia emerytalno-rentowego jest:**
 - osiągnięcie powszechnego wieku emerytalnego, tj. 60 lat przez kobietę i 65 lat przez mężczyznę;
 - pozostawanie we wspólności małżeńskiej do dnia śmierci małżonka;
 - 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;
 - nie zawarcie nowego związku małżeńskiego po śmierci małżonka, po którym przysługuje renta rodzinna.
- 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**.
- Prawo do wypłaty świadczeń w zbiegu przysługuje **od miesiąca złożenia wniosku, nie wcześniej niż od dnia 1 lipca 2025 r.**
- Od dnia **1 stycznia 2027 r.** świadczenia wypłacane w zbiegu **zostaną przeliczone z urzędu z zastosowaniem wskaźnika 25%** wysokości świadczenia.
- Informacje w sprawie zbiegu renty rodzinnej z „własnym” świadczeniem dostępne są na stronie internetowej Zakładu: www.gov.pl/web/zermstwa/zbieg-renty-rodzinnej-z-wlasnym-swiadczeniem

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.

1. 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.

2. 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.

3. Cel przetwarzania danych osobowych

Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Dyrektora 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.

4. 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:
 - a) 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,
 - b) ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - c) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - d) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - e) ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - f) ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych,
 - g) ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego,
 - h) ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego,
 - i) ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
 - j) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
 - k) ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
 - l) ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji,
 - m) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
 - n) 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,

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

5. 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) Prokuratura 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 (zespólonej i niezespólonej), organy jednostek samorządu terytorialnego.

6. 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.

7. 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).

8. 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.