****

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.](mailto: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.