

ZAINTERESOWANY WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE

Właściwe pole wyboru proszę zaznaczyć znakiem X

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU**

**o przyznanie: renty rodzinnej po zmarłym - zaginionym<sup>\*\*</sup>) funkcjonariuszu,  
zmarłym emerycie lub renciście<sup>\*\*</sup>)**

na podstawie 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>A. ADNOTACJE URZĘDOWE</b>															
<b>A.1.</b>	Wniosek do organu emerytalnego wpłynął dnia _____ Został zarejestrowany pod numerem _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____ (pieczętka służbowa i podpis)</div>														
<b>A.2.</b>	<b>Identyfikator świadczenia KR</b> _____														
<b>B. DANE PERSONALNE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRAWO DO RENTY RODZINNEJ (oprócz wnioskodawcy)</b>															
<b>B.1.</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Nazwisko</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Pierwsze imię</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Drugie imię</td> <td style="padding: 5px;">Imię ojca</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Imię matki</td> <td style="padding: 5px;">Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Miejsce (miejscowość) urodzenia</td> <td style="padding: 5px;">Nazwisko rodowe (wg świadectwa urodzenia)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Płeć</td> <td style="padding: 5px;">Obywatelstwo</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Rodzaj dowodu stwierdzającego tożsamość</td> <td style="padding: 5px;">Seria i numer dowodu stwierdzającego tożsamość</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Numer PESEL</td> <td style="padding: 5px;">Identyfikator podatkowy NIP<sup>***</sup>)</td> </tr> </table>	Nazwisko	Pierwsze imię	Drugie imię	Imię ojca	Imię matki	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	Miejsce (miejscowość) urodzenia	Nazwisko rodowe (wg świadectwa urodzenia)	Płeć	Obywatelstwo	Rodzaj dowodu stwierdzającego tożsamość	Seria i numer dowodu stwierdzającego tożsamość	Numer PESEL	Identyfikator podatkowy NIP <sup>***</sup> )
Nazwisko	Pierwsze imię														
Drugie imię	Imię ojca														
Imię matki	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)														
Miejsce (miejscowość) urodzenia	Nazwisko rodowe (wg świadectwa urodzenia)														
Płeć	Obywatelstwo														
Rodzaj dowodu stwierdzającego tożsamość	Seria i numer dowodu stwierdzającego tożsamość														
Numer PESEL	Identyfikator podatkowy NIP <sup>***</sup> )														
<b>B.2.</b>	<b>Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) do wnioskodawcy</b>														
<b>C. INNE DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRAWO DO RENTY RODZINNEJ</b>															
<b>C.1.</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">Czy wnioskodawca pobiera już emeryturę, rentę, rentę strukturalną, rentę socjalną, świadczenie przedemerytalne, zasiłek przedemerytalny, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, uposażenie w stanie spoczynku, uposażenie rodzinne, świadczenia pieniężne finansowane z Funduszu Pracy lub inne świadczenie pieniężne. Jeżeli TAK, to proszę podać numer świadczenia, od kiedy, w jakiej wysokości i z jakiej instytucji (dotyczy również świadczeń pobieranych z instytucji zagranicznych)?</td> <td style="width: 15%; padding: 5px; text-align: center;">TAK<sup>*)</sup></td> <td style="width: 15%; padding: 5px; text-align: center;">NIE<sup>*)</sup></td> </tr> </table>	Czy wnioskodawca pobiera już emeryturę, rentę, rentę strukturalną, rentę socjalną, świadczenie przedemerytalne, zasiłek przedemerytalny, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, uposażenie w stanie spoczynku, uposażenie rodzinne, świadczenia pieniężne finansowane z Funduszu Pracy lub inne świadczenie pieniężne. Jeżeli TAK, to proszę podać numer świadczenia, od kiedy, w jakiej wysokości i z jakiej instytucji (dotyczy również świadczeń pobieranych z instytucji zagranicznych)?	TAK <sup>*)</sup>	NIE <sup>*)</sup>											
Czy wnioskodawca pobiera już emeryturę, rentę, rentę strukturalną, rentę socjalną, świadczenie przedemerytalne, zasiłek przedemerytalny, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, uposażenie w stanie spoczynku, uposażenie rodzinne, świadczenia pieniężne finansowane z Funduszu Pracy lub inne świadczenie pieniężne. Jeżeli TAK, to proszę podać numer świadczenia, od kiedy, w jakiej wysokości i z jakiej instytucji (dotyczy również świadczeń pobieranych z instytucji zagranicznych)?	TAK <sup>*)</sup>	NIE <sup>*)</sup>													
<b>C.2.</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">Czy osoba ubiegająca się o prawo do renty rodzinnej osiąga (zamierza osiągać) przychód z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z FUS. Jeżeli TAK, należy podać ich wysokość, okres osiągania oraz nazwę i adres płatnika</td> <td style="width: 15%; padding: 5px; text-align: center;">TAK<sup>*)</sup></td> <td style="width: 15%; padding: 5px; text-align: center;">NIE<sup>*)</sup></td> </tr> </table>	Czy osoba ubiegająca się o prawo do renty rodzinnej osiąga (zamierza osiągać) przychód z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z FUS. Jeżeli TAK, należy podać ich wysokość, okres osiągania oraz nazwę i adres płatnika	TAK <sup>*)</sup>	NIE <sup>*)</sup>											
Czy osoba ubiegająca się o prawo do renty rodzinnej osiąga (zamierza osiągać) przychód z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z FUS. Jeżeli TAK, należy podać ich wysokość, okres osiągania oraz nazwę i adres płatnika	TAK <sup>*)</sup>	NIE <sup>*)</sup>													
<b>C.3.</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">Czy osoba ubiegająca się o prawo do renty rodzinnej jest zaliczona do I lub II grupy inwalidzkiej lub została uznana za całkowicie niezdolną do pracy</td> <td style="width: 15%; padding: 5px; text-align: center;">TAK<sup>*)</sup></td> <td style="width: 15%; padding: 5px; text-align: center;">NIE<sup>*)</sup></td> </tr> </table>	Czy osoba ubiegająca się o prawo do renty rodzinnej jest zaliczona do I lub II grupy inwalidzkiej lub została uznana za całkowicie niezdolną do pracy	TAK <sup>*)</sup>	NIE <sup>*)</sup>											
Czy osoba ubiegająca się o prawo do renty rodzinnej jest zaliczona do I lub II grupy inwalidzkiej lub została uznana za całkowicie niezdolną do pracy	TAK <sup>*)</sup>	NIE <sup>*)</sup>													
<b>C.4.</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">Czy ojciec - matka<sup>**</sup>) zmarłego ubiegający(a) się o prawo do renty rodzinnej jest zaliczony(a) do jednej z grup inwalidzkich lub został(a) uznany(a) za całkowicie lub częściowo niezdolnego(a) do pracy</td> <td style="width: 15%; padding: 5px; text-align: center;">TAK<sup>*)</sup></td> <td style="width: 15%; padding: 5px; text-align: center;">NIE<sup>*)</sup></td> </tr> </table>	Czy ojciec - matka <sup>**</sup> ) zmarłego ubiegający(a) się o prawo do renty rodzinnej jest zaliczony(a) do jednej z grup inwalidzkich lub został(a) uznany(a) za całkowicie lub częściowo niezdolnego(a) do pracy	TAK <sup>*)</sup>	NIE <sup>*)</sup>											
Czy ojciec - matka <sup>**</sup> ) zmarłego ubiegający(a) się o prawo do renty rodzinnej jest zaliczony(a) do jednej z grup inwalidzkich lub został(a) uznany(a) za całkowicie lub częściowo niezdolnego(a) do pracy	TAK <sup>*)</sup>	NIE <sup>*)</sup>													

<sup>\*)</sup> właściwe pole wyboru proszę zaznaczyć znakiem X

<sup>\*\*</sup>) niepotrzebne skreślić

<sup>\*\*\*</sup>) NIP- wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy NIP jest Pana(i) **identyfikatorem podatkowym** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników

<b>D. MIEJSCE ZAMELDOWANIA</b>				
Kraj	Województwo	Powiat		
Gmina lub dzielnica - gmina		Miejscowość		
Ulica		Nr domu	Nr lokalu	
Kod pocztowy	Poczta	Skrytka pocztowa	Telefon	
Urząd skarbowy właściwy według miejsca zamieszkania podatnika			Adres e-mail	
<b>E. DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA PRZEKAZYWANIA ŚWIADCZENIA</b>				
Świadczenie należy przekazywać do rąk wnioskodawcy:	Nazwisko		Imię	
Na osobisty rachunek bankowy	TAK*)		NIE*)	
- pełna nazwa banku (oddziału)				
- pełny numer rachunku bankowego w standardzie IBAN (wraz z BIC, jeżeli ww. zamieszkuje w państwach UE lub EFTA)				
Za pośrednictwem urzędu pocztowego pod wskazanym adresem:		TAK*)		NIE*)
Ulica		Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	Poczta	
<b>OŚWIADCZENIA</b>				
<b>DZIECKA**)</b> (w imieniu osób małoletnich oświadczenia składają ich rodzice lub opiekunowie)				
Przebywa(m) w zakładzie specjalnym, w domu dziecka lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej			TAK*)	NIE*)
<b>RODZICÓW ZMARŁEGO**)</b>				
Zmarły przyczynił się do utrzymania ojca – matki**)			TAK*)	NIE*)
Jeżeli TAK to proszę podać, w jaki sposób w odrębnym oświadczeniu				
Ojciec – matka**)			TAK*)	NIE*)
wychowuje dziecko do lat 16, a jeżeli kształci się w szkole - do lat 18, lub sprawuje pieczę nad dzieckiem uprawnionym do renty rodzinnej i zaliczonym do I lub II grupy inwalidzkiej albo uznanym za całkowicie niezdolnego do pracy				
<b>F. ZOBOWIĄZANIE I PODPIS ZAINTERESOWANEGO</b>				
Zobowiązuję się powiadomić organ emerytalny o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do świadczenia policyjnego oraz jego wysokość, jeśli przed wydaniem decyzji zajdą jakiegokolwiek zmiany w podanych wyżej informacjach.				
_____			_____	
(miejscowość i data)			(podpis)	
<b>G. POTWIERDZENIE KOMÓRKI KADROWEJ LUB ORGANU EMERYTALNEGO**)</b>				
Na podstawie okazanego dowodu stwierdzającego tożsamość poświadczą się, że dane zawarte w części B.1. (oprócz NIP) są zgodne z dokonanymi wpisami.				
_____			_____	
(miejscowość i data)			(pieczętka służbowa i podpis przyjmującego wniosek)	
<b>P O U C Z E N I E</b>				
<b>I. W celu potwierdzenia danych zawartych we wniosku zainteresowany powinien:</b>				
1. okazać dowód osobisty lub inny dokument stwierdzający tożsamość,				
2. przedłożyć zawiadomienie o osiąganych przychodach,				
3. przedłożyć legitymację emeryta - rencisty, odcinek przekazu pieniężnego lub wyciągu bankowego, jeżeli otrzymuje świadczenie emerytalne, rentowe				
4. przedłożyć zaświadczenie o kontynuowaniu nauki,				
5. załączyć dokumenty (dowody) odnoszące się do punktów C.3, C.4 - Załącznika,				
6. przedłożyć: odpis(y) aktu urodzenia oraz inne wymagane dokumenty i oświadczenia.				
<b>II. W przypadku zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny nie wymienionych w pkt. C WNIOSKU, do wniosku należy dołączyć wypełnione formularze: ZUS ZCNA.</b>				
<b>III. Dane osobowe Pana(i) podlegają ochronie zgodnie z RODO oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych - vide KLAUZULA INFORMACYJNA str. 3 i 4 ZAŁĄCZNIKA DO WNIOSKU</b>				

## **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](mailto: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 potrażeń 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 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 niespolonej), 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.