FORMULARZ ZMIANY DANYCH DO RACHUNKU IKZE (PKO IKZE/2)

PTE

Formularz wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI, a w odpowiednich polach ☐ wstawić znak „X". ☐ Pola obowiązkowe.

DANE OSZCZĘDZAJĄCEGO *(w przypadku zmiany poniższych danych należy wpisać dane przed zmianą)*

Imię

Nazwisko

PESEL

– – I K Z E –

Numer rachunku IKZE

ZMIANA DANYCH OSZCZĘDZAJĄCEGO
Niniejszym dokonuję zmian danych i wnoszę o wprowadzenie danych wskazanych poniżej do Rejestru PKO DFE

Dane personalne Oszczędzającego *(należy wpisać tylko dane, które ulegają zmianie lub uzupełnieniu)*

Imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

D D - M M - R R R R r.
Data urodzenia

Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
(należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Rodzaj dokumentu tożsamości ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inny
(należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Seria i nr dokumentu tożsamości

DANE ADRESOWE OSZCZĘDZAJĄCEGO *(wszystkie dotychczasowe dane adresowe zostaną zastąpione danymi podanymi poniżej)*

Adres zamieszkania Oszczędzającego *(należy podać pełny adres)*

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

–
Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Adres korespondencyjny Oszczędzającego *(należy wypełnić tylko, gdy korespondencja z Funduszu ma być wysyłana na adres inny niż adres zamieszkania)*

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

–
Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Dane kontaktowe Oszczędzającego

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

Adres e-mail[1]

DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA IMIENNEGO WSKAZANIA OSOBY LUB OSÓB, KTÓRYM W RAZIE ŚMIERCI OSZCZĘDZAJĄCEGO ZOSTANĄ WYPŁACONE ŚRODKI ZGROMADZONE NA IKZE *(wybór dyspozycji następuje poprzez wstawienie znaku „X" tylko w jednym z poniższych kwadratów; wstawienie znaków „X" w dwóch kwadratach będzie równoznaczne z niezłożeniem dyspozycji)*

☐ Oświadczam, że w razie mojej śmierci środki zgromadzone na IKZE należy wypłacić osobom (osobie) wskazanym imiennie w niniejszym formularzu (w przypadku, gdy Oszczędzający złożył w tym zakresie wcześniej jakąkolwiek dyspozycję, powyższym oświadczeniem zostaje ona odwołana)

☐ Oświadczam, że odwołuję poprzednio złożoną dyspozycję i nie wskazuję żadnych osób uprawnionych do otrzymania środków zgromadzonych na IKZE w razie mojej śmierci

☐ **KONTYNUACJA WSKAZANIA OSÓB UPRAWNIONYCH (załącznik do Umowy IKZE)**

Dane osób uprawnionych do otrzymania środków zgromadzonych w Funduszu w razie śmierci Oszczędzającego
Suma udziałów procentowych dla wszystkich osób uprawnionych musi się równać 100%. W przypadku nieokreślenia udziałów procentowych lub gdy suma udziałów procentowych nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały osób uprawnionych są równe.

Łączna liczba osób uprawnionych

[1] adres e-mail, na który Fundusz będzie przesyłał korespondencję określoną w §4 Umowy o prowadzenie PKO IKZE, w przypadku wyboru formy elektronicznej

EGZEMPLARZ DLA FUNDUSZU

Pierwsza osoba

Imię | Nazwisko

PESEL | Data urodzenia D D - M M - R R R R r. | Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna (należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy - | Miejscowość

Kraj | Udział procentowy

Druga osoba

Imię | Nazwisko

PESEL | Data urodzenia D D - M M - R R R R r. | Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna (należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy - | Miejscowość

Kraj | Udział procentowy

Trzecia osoba

Imię | Nazwisko

PESEL | Data urodzenia D D - M M - R R R R r. | Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna (należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy - | Miejscowość

Kraj | Udział procentowy

Czwarta osoba

Imię | Nazwisko

PESEL | Data urodzenia D D - M M - R R R R r. | Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna (należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy - | Miejscowość

Kraj | Udział procentowy

ZMIANA SPOSOBU OTRZYMYWANIA KORESPONDENCJI Z FUNDUSZU

Niniejszym dokonuję zmiany formy przesyłania korespondencji z Funduszu, zgodnie z §4 Umowy o prowadzenie IKZE, na następujący:
(należy wstawić znak „X" w polach wyboru w jednym z poniższych punktów)

1) ☐ w formie elektronicznej, zgodnie ze Statutem, na wskazany przez Oszczędzającego adres poczty elektronicznej (e-mail),

☐ w tym dodatkowo informacje o każdym przeliczeniu Jednostek Rozrachunkowych na IKZE wynikającym z Wpłaty, Wypłaty Transferowej, Wypłaty lub Zwrotu;

2) ☐ w formie pisemnej, zgodnie ze Statutem, na wskazany przez Oszczędzającego adres korespondencyjny.

ZMIANA SPOSOBU ZWROTU NADPŁACONEJ KWOTY, W PRZYPADKU PRZEKROCZENIA LIMITU WPŁAT NA IKZE

W przypadku przekroczenia limitu Wpłat na IKZE, o którym mowa w §5 ust. 4 lub ust. 5 Regulaminu, nadpłacona kwota zostanie przez Fundusz:
(należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

☐ zwrócona Oszczędzającemu poprzez przekazanie na IKE, o ile Oszczędzający zawarł z Funduszem Umowę IKE oraz saldo wpłat w roku kalendarzowym na IKE nie będzie wyższe niż limit wpłat na IKE; jednocześnie Oszczędzający oświadcza, że przekazanie nadpłaconej kwoty na IKE zgodnie z pierwszym zdaniem jest wpłatą na IKE Oszczędzającego; jeżeli Oszczędzający nie zawarł z Funduszem Umowy IKE albo przekazanie środków na IKE spowoduje przekroczenie limitu wpłat na IKE, Fundusz przekaże nadpłatę (odpowiednio – w całości lub w części przekraczającej limit wpłat na IKE) na rachunek bankowy Oszczędzającego, z którego dokonana została ostatnia Wpłata;

EGZEMPLARZ DLA FUNDUSZU

☐ zwrócona na rachunek bankowy wskazany poniżej:

☐ zwrócona na rachunek bankowy, z którego dokonana została ostatnia Wpłata.

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ DYSPOZYCJĘ *(jeśli dyspozycja jest składana przez Oszczędzającego wypełnianie tej części jest nieobowiązkowe)*

☐ Oszczędzający ☐ Przedstawiciel Oszczędzającego[2] (należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Imię

Nazwisko

PESEL

D D - M M - R R R R r.
Data urodzenia

Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
(należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Rodzaj dokumentu tożsamości ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inny
(należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Seria i nr dokumentu tożsamości

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

-
Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

1. Oświadczam, że treść Statutu Funduszu, prospektu informacyjnego Funduszu oraz Regulaminu prowadzenia PKO Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego jest mi znana.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Informacją Administratora zawartą na niniejszym formularzu.
3. Niniejszym przyjmuję do wiadomości i zgadzam się na to, że w przypadku, gdy złożona przeze mnie dyspozycja okaże się wadliwa (np. będzie niekompletna lub będzie zawierać braki formalne lub nie zostaną do niej załączone wymagane dokumenty), a przyczyna wadliwości tej dyspozycji nie zostanie usunięta w terminie 45 dni od dnia jej złożenia, dyspozycja ta zostanie przez Fundusz odrzucona i wówczas konieczne będzie złożenie nowej, niewadliwej dyspozycji.

D D - M M - R R R R r.
Data podpisania dyspozycji

Podpis osoby składającej dyspozycję

Imię i Nazwisko Przedstawiciela Funduszu przyjmującego dyspozycję

PESEL Przedstawiciela Funduszu

Nr POK

Czytelny podpis Przedstawiciela Funduszu

[2] Wymagane przedłożenie dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania Oszczędzającego.

EGZEMPLARZ DLA FUNDUSZU

INFORMACJA ADMINISTRATORA

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PKO Dobrowolny Fundusz Emerytalny, reprezentowany przez PKO BP BANKOWY Powszechne Towarzystwo Emerytalne SA z siedzibą w Warszawie, ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa.

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

- zawarcia i wykonywania umowy o uczestnictwo w PKO Dobrowolnym Funduszu Emerytalnym – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy oraz wykonania obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- wypełnienia przez administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, czy ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- realizacji prawnie uzasadnionych interesów administratora danych, za które administrator uznaje możliwość dochodzenia roszczeń i obrony przed roszczeniami, obsługę zgłaszanych spraw lub zapytań w związku z uczestnictwem w PKO Dobrowolnym Funduszu Emerytalnym, a także przekazywanie informacji do wewnętrznych celów administracyjnych w ramach grupy kapitałowej PKO BP.

Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane właściwym organom państwowym, w tym Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych oraz Urzędowi Skarbowemu, w zakresie i trybie określonym przepisami prawa, a także podmiotom z grupy kapitałowej PKO BP.

W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody, Pani/Pana dane osobowe będą udostępnione innym podmiotom z grupy kapitałowej PKO BP, tj. podmiotom wskazanym na stronie www.pkobp.pl, dla celów prowadzenia przez te podmioty marketingu ich własnych produktów i usług, w tym w celach analitycznych, statystycznych i profilowania.

Ponadto, Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. agentowi transferowemu, dostawcom usług IT, czy dostawcom usług archiwizacji dokumentów – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu zawarcia i wykonywania umowy – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz korzystaniem z praw dotyczących przetwarzania danych można się skontaktować z administratorem i inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: IOD@pkopte.pl lub pisemnie na adres: PKO BP BANKOWY PTE SA, ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa.

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym w zakresie określonym przepisami prawa, a także warunkiem przystąpienia do PKO Dobrowolnego Funduszu Emerytalnego. W przypadku braku podania danych osobowych nie może Pani/Pan przystąpić do tego Funduszu.

EGZEMPLARZ DLA FUNDUSZU

FORMULARZ ZMIANY DANYCH DO RACHUNKU IKZE (PKO IKZE/2)

PTE

Formularz wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI, a w odpowiednich polach ☐ wstawić znak „X". ☐ Pola obowiązkowe.

DANE OSZCZĘDZAJĄCEGO *(w przypadku zmiany poniższych danych należy wpisać dane przed zmianą)*

Imię

Nazwisko

PESEL

– – I K Z E –

Numer rachunku IKZE

ZMIANA DANYCH OSZCZĘDZAJĄCEGO
Niniejszym dokonuję zmian danych i wnoszę o wprowadzenie danych wskazanych poniżej do Rejestru PKO DFE

Dane personalne Oszczędzającego *(należy wpisać tylko dane, które ulegają zmianie lub uzupełnieniu)*

Imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

D D - M M - R R R R r.
Data urodzenia

Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
(należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Rodzaj dokumentu tożsamości ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inny
(należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Seria i nr dokumentu tożsamości

DANE ADRESOWE OSZCZĘDZAJĄCEGO *(wszystkie dotychczasowe dane adresowe zostaną zastąpione danymi podanymi poniżej)*

Adres zamieszkania Oszczędzającego *(należy podać pełny adres)*

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

–
Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Adres korespondencyjny Oszczędzającego *(należy wypełnić tylko, gdy korespondencja z Funduszu ma być wysyłana na adres inny niż adres zamieszkania)*

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

–
Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Dane kontaktowe Oszczędzającego

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

Adres e-mail[1]

DYSPOZYCJA DOTYCZĄCA IMIENNEGO WSKAZANIA OSOBY LUB OSÓB, KTÓRYM W RAZIE ŚMIERCI OSZCZĘDZAJĄCEGO ZOSTANĄ WYPŁACONE ŚRODKI ZGROMADZONE NA IKZE *(wybór dyspozycji następuje poprzez wstawienie znaku „X" tylko w jednym z poniższych kwadratów; wstawienie znaków „X" w dwóch kwadratach będzie równoznaczne z niezłożeniem dyspozycji)*

☐ Oświadczam, że w razie mojej śmierci środki zgromadzone na IKZE należy wypłacić osobom (osobie) wskazanym imiennie w niniejszym formularzu (w przypadku, gdy Oszczędzający złożył w tym zakresie wcześniej jakąkolwiek dyspozycję, powyższym oświadczeniem zostaje ona odwołana)

☐ Oświadczam, że odwołuję poprzednio złożoną dyspozycję i nie wskazuję żadnych osób uprawnionych do otrzymania środków zgromadzonych na IKZE w razie mojej śmierci

☐ **KONTYNUACJA WSKAZANIA OSÓB UPRAWNIONYCH (załącznik do Umowy IKZE)**

Dane osób uprawnionych do otrzymania środków zgromadzonych w Funduszu w razie śmierci Oszczędzającego
Suma udziałów procentowych dla wszystkich osób uprawnionych musi się równać 100%. W przypadku nieokreślenia udziałów procentowych lub gdy suma udziałów procentowych nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały osób uprawnionych są równe.

Łączna liczba osób uprawnionych

[1] adres e-mail, na który Fundusz będzie przesyłał korespondencję określoną w §4 Umowy o prowadzenie PKO IKZE, w przypadku wyboru formy elektronicznej

EGZEMPLARZ DLA OSZCZĘDZAJĄCEGO

Pierwsza osoba

Imię | Nazwisko

PESEL | Data urodzenia D D - M M - R R R R r. | Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna (należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy - | Miejscowość

Kraj | Udział procentowy

Druga osoba

Imię | Nazwisko

PESEL | Data urodzenia D D - M M - R R R R r. | Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna (należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy - | Miejscowość

Kraj | Udział procentowy

Trzecia osoba

Imię | Nazwisko

PESEL | Data urodzenia D D - M M - R R R R r. | Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna (należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy - | Miejscowość

Kraj | Udział procentowy

Czwarta osoba

Imię | Nazwisko

PESEL | Data urodzenia D D - M M - R R R R r. | Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna (należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy - | Miejscowość

Kraj | Udział procentowy

ZMIANA SPOSOBU OTRZYMYWANIA KORESPONDENCJI Z FUNDUSZU

Niniejszym dokonuję zmiany formy przesyłania korespondencji z Funduszu, zgodnie z §4 Umowy o prowadzenie IKZE, na następujący:
(należy wstawić znak „X" w polach wyboru w jednym z poniższych punktów)

1) ☐ w formie elektronicznej, zgodnie ze Statutem, na wskazany przez Oszczędzającego adres poczty elektronicznej (e-mail),

☐ w tym dodatkowo informacje o każdym przeliczeniu Jednostek Rozrachunkowych na IKZE wynikającym z Wpłaty, Wypłaty Transferowej, Wypłaty lub Zwrotu;

2) ☐ w formie pisemnej, zgodnie ze Statutem, na wskazany przez Oszczędzającego adres korespondencyjny.

ZMIANA SPOSOBU ZWROTU NADPŁACONEJ KWOTY, W PRZYPADKU PRZEKROCZENIA LIMITU WPŁAT NA IKZE

W przypadku przekroczenia limitu Wpłat na IKZE, o którym mowa w §5 ust. 4 lub ust. 5 Regulaminu, nadpłacona kwota zostanie przez Fundusz:
(należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

☐ zwrócona Oszczędzającemu poprzez przekazanie na IKE, o ile Oszczędzający zawarł z Funduszem Umowę IKE oraz saldo wpłat w roku kalendarzowym na IKE nie będzie wyższe niż limit wpłat na IKE; jednocześnie Oszczędzający oświadcza, że przekazanie nadpłaconej kwoty na IKE zgodnie z pierwszym zdaniem jest wpłatą na IKE Oszczędzającego; jeżeli Oszczędzający nie zawarł z Funduszem Umowy IKE albo przekazanie środków na IKE spowoduje przekroczenie limitu wpłat na IKE, Fundusz przekaże nadpłatę (odpowiednio – w całości lub w części przekraczającej limit wpłat na IKE) na rachunek bankowy Oszczędzającego, z którego dokonana została ostatnia Wpłata;

☐ zwrócona na rachunek bankowy wskazany poniżej:

☐ zwrócona na rachunek bankowy, z którego dokonana została ostatnia Wpłata.

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ DYSPOZYCJĘ *(jeśli dyspozycja jest składana przez Oszczędzającego wypełnianie tej części jest nieobowiązkowe)*

☐ Oszczędzający ☐ Przedstawiciel Oszczędzającego[2] (należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Imię

Nazwisko

PESEL

D D - M M - R R R R r.
Data urodzenia

Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
(należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Rodzaj dokumentu tożsamości ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inny
(należy wstawić „X" w jednym z kwadratów)

Seria i nr dokumentu tożsamości

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

-
Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

1. Oświadczam, że treść Statutu Funduszu, prospektu informacyjnego Funduszu oraz Regulaminu prowadzenia PKO Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego jest mi znana.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Informacją Administratora zawartą na niniejszym formularzu.
3. Niniejszym przyjmuję do wiadomości i zgadzam się na to, że w przypadku, gdy złożona przeze mnie dyspozycja okaże się wadliwa (np. będzie niekompletna lub będzie zawierać braki formalne lub nie zostaną do niej załączone wymagane dokumenty), a przyczyna wadliwości tej dyspozycji nie zostanie usunięta w terminie 45 dni od dnia jej złożenia, dyspozycja ta zostanie przez Fundusz odrzucona i wówczas konieczne będzie złożenie nowej, niewadliwej dyspozycji.

D D - M M - R R R R r.
Data podpisania dyspozycji

Podpis osoby składającej dyspozycję

Imię i Nazwisko Przedstawiciela Funduszu przyjmującego dyspozycję

PESEL Przedstawiciela Funduszu

Nr POK

Czytelny podpis Przedstawiciela Funduszu

[2] Wymagane przedłożenie dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania Oszczędzającego.

EGZEMPLARZ DLA OSZCZĘDZAJĄCEGO

INFORMACJA ADMINISTRATORA

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PKO Dobrowolny Fundusz Emerytalny, reprezentowany przez PKO BP BANKOWY Powszechne Towarzystwo Emerytalne SA z siedzibą w Warszawie, ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa.

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

- zawarcia i wykonywania umowy o uczestnictwo w PKO Dobrowolnym Funduszu Emerytalnym – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy oraz wykonania obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- wypełnienia przez administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, czy ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- realizacji prawnie uzasadnionych interesów administratora danych, za które administrator uznaje możliwość dochodzenia roszczeń i obrony przed roszczeniami, obsługę zgłaszanych spraw lub zapytań w związku z uczestnictwem w PKO Dobrowolnym Funduszu Emerytalnym, a także przekazywanie informacji do wewnętrznych celów administracyjnych w ramach grupy kapitałowej PKO BP.

Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane właściwym organom państwowym, w tym Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych oraz Urzędowi Skarbowemu, w zakresie i trybie określonym przepisami prawa, a także podmiotom z grupy kapitałowej PKO BP.

W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody, Pani/Pana dane osobowe będą udostępnione innym podmiotom z grupy kapitałowej PKO BP, tj. podmiotom wskazanym na stronie www.pkobp.pl, dla celów prowadzenia przez te podmioty marketingu ich własnych produktów i usług, w tym w celach analitycznych, statystycznych i profilowania.

Ponadto, Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. agentowi transferowemu, dostawcom usług IT, czy dostawcom usług archiwizacji dokumentów – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu zawarcia i wykonywania umowy – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz korzystaniem z praw dotyczących przetwarzania danych można się skontaktować z administratorem i inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: IOD@pkopte.pl lub pisemnie na adres: PKO BP BANKOWY PTE SA, ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa.

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym w zakresie określonym przepisami prawa, a także warunkiem przystąpienia do PKO Dobrowolnego Funduszu Emerytalnego. W przypadku braku podania danych osobowych nie może Pani/Pan przystąpić do tego Funduszu.

EGZEMPLARZ DLA OSZCZĘDZAJĄCEGO