

.....  
(nazwisko i imię ubezpieczonego )

.....  
(Wydział / Nr legitymacji)

.....  
(telefon kontaktowy składającego wniosek)

Bochnia, dnia .....

**Zarząd Pracowniczej Kasy  
Zapomogowo-Pożyczkowej  
przy Stalprodukt S.A.**

## **WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z FUNDUSZU POŚMIERTNEGO „D”**

Proszę o wypłacenie mi świadczenia pieniężnego z tytułu ubezpieczenia w PKZP w związku ze śmiercią

.....  
(jaki pokrewieństwo ze zmarłym)

Kwotę ubezpieczenia proszę wypłacić na konto bankowe: płacowe / wskazane poniżej: (\*)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Załączam wyciąg aktu zgonu:** (skrótowy akt zgonu - kopia)

Wydany przez Urząd Stanu Cywilnego w ..... data wystawienia .....akt zgonu Nr .....

.....  
( podpis pracownika PKZP)

.....  
(podpis ubezpieczonego)

---

### **NOTATKI P.K.Z.P.**

#### **Dowód osobisty (składającego wniosek)**

1. Nazwisko i imię .....
  2. Nazwisko panięńskie .....
  3. Imiona rodziców .....
  4. Data urodzenia.....
  5. Stan cywilny .....
  6. Organ wydający dowód osobisty: .....
- .....  
data wydania..... seria..... nr .....

.....  
Data

.....  
Podpis

#### **Księgowość PKZP stwierdza, że**

Ob. ....  
Nr ewid (nr leg. służbowej) .....

jest ubezpieczony jako członek w PKZP (w zakresie funduszu „D”) od dnia ..... r.  
Ostatnia składka za m-c ..... 20..... r. zapłacona.

Data ..... 20..... r.

.....  
Podpis prowadzącej księgowość PKZP

#### **Decyzja Zarządu PKZP**

Na posiedzeniu w dniu ..... 20 .....r. Zgodnie z § ..... pkt ..... Statutu. PKZP przyznał świadczenia w kwocie ..... słownie zł .....

#### **Za Zarząd Kasy**

Podpisy Członków Zarządu PKZP: 1). ..... 2). .....

(\*) – niepotrzebne skreślić

## Informacja:

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PKZP przy Stalprodukt S.A. przy ul. Wygoda 69, 32-700 Bochnia,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - **inspektor@stalprodukt.pl, tel. 14 615 14 84,**
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji wszystkich świadczeń PKZP zgodnie ze Statutem PKZP przy Stalprodukt S.A na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do momentu odwołania zgody,
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody oraz prawo do przenoszenia danych,
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- 7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych skutkuje niemożliwością uzyskania świadczeń zgodnie ze Statutem PKZP przy Stalprodukt S.A.