



WW dyspozycja dokonania wypłaty/zwrotu

Wypełnia składający dyspozycję

NR KLIENTA:*

Nr rachunku dla składki podstawowej:

Nr rachunku dla składki dodatkowej:

DANE UCZESTNIKA:

Imiona:* *Nazwisko:**

PESEL:* *Data ur.:*/...../.....

Seria i nr paszportu lub innego dokumentu tożsamości cudzoziemca**

Kraj: *Telefon:*

Adres do korespondencji:*

OSOBA SKŁADAJĄCA DYSPOZYCJĘ:

- ☐ członek Funduszu
- ☐ prawny opiekun członka Funduszu
- ☐ osoba uposażona
- ☐ spadkobierca
- ☐ prawny opiekun uposażonego lub spadkobiercy
- ☐ inne

Imiona:* *Nazwisko:**

PESEL:* *Data ur.:*/...../.....

Seria i nr paszportu lub innego dokumentu tożsamości cudzoziemca**

Kraj: *Telefon:*

Adres do korespondencji:*

* obowiązkowe pola do uzupełnienia

** wypełnić w przypadku braku nr PESEL

WNOSZĘ O DOKONANIE WYPŁATY:

- ☐ jednorazowej
- ☐ ratalnej w stałej kwocie /cyframi/: złotych /słownie:
..... złotych/

Termin wypłaty pierwszej raty /podać w przypadku wypłaty ratalnej/:

- ☐ w ciągu jednego miesiąca od złożenia dyspozycji
- ☐ później niż w ciągu jednego miesiąca od złożenia dyspozycji:r.
/podać miesiąc i rok/

TYTUŁ UPRAWNIAJĄCY DO WYPŁATY:

- ☐ osiągnięcie wieku 60 lat przez Uczestnika
- ☐ przyznane prawo do emerytury oraz ukończony 55 rok życia przez Uczestnika
- ☐ śmierć Uczestnika
- ☐ osiągnięcie wieku 70 lat przez Uczestnika
- ☐ rozwiązanie małżeństwa poprzez rozwód lub unieważnienie małżeństwa
- ☐ ograniczenie lub wyłączenie wspólności majątkowej między Uczestnikiem a współmałżonkiem
- ☐ zwrot
- ☐ inny powód:

DO DYSPOZYCJI ZAŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

- ☐ kopię decyzji emerytalnej lub legitymacji ZUS
- ☐ odpis aktu zgonu
- ☐ odpis prawomocnego orzeczenia sądu o stwierdzeniu nabycia prawa do spadku (jeden spadkobierca)
- ☐ zgodne oświadczenie wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków (wielu spadkobierców)
- ☐ odpis prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku

- /należy postawić znak „X” w odpowiednim kwadracie/

Imiona:* Nazwisko:*

PESEL:* Data ur./...../.....*

Seria i nr paszportu lub innego dokumentu tożsamości cudzoziemca**

Kraj: Telefon:*

Adres:*

lub

DOTYCZY WYPŁATY NA RZECZ CZŁONKA FUNDUSZU LUB PRAWNEGO OPIEKUNA CZŁONKA FUNDUSZU

Informacja może zostać przekazana w postaci papierowej przesyłką listową, lub w postaci elektronicznej na wskazany adres email pod warunkiem złożenia jednego z poniższych wniosków (można złożyć tylko jeden z wniosków, należy postawić znak „X” w odpowiednim kwadracie):

- Składam wniosek o sporządzenie Informacji w postaci papierowej i jej przekazanie przesyłką listową na mój adres korespondencyjny. ☐
- Składam wniosek o przekazanie Informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej, której adres podaję poniżej**** ☐

[illegible]

Jeżeli Członek Funduszu nie złoży wniosku o przekazanie Informacji przesyłką listową lub o przekazanie Informacji na adres poczty elektronicznej, Informacja zostanie przekazana za pośrednictwem Serwisu WWW.

/miejscowość/ /data/

/podpis osoby składającej dyspozycje/

*** Informacja zostanie udostępniona w Serwisie WWW (<https://www.pfeorange.pl/fundusze/#/login>) w zakładce „skrzynka pocztowa” po dokonaniu wypłaty transferowej i będzie dostępna przez okres 365 dni od dnia ustania członkostwa w Funduszu. Aktywacji dostępu do Serwisu WWW i usługi „skrzynka pocztowa” można dokonać za pośrednictwem Infolinii Funduszu pod numerem (22) 640 09 49. W celu autoryzacji należy podać konsultantowi swój numer PESEL oraz numer Klienta w Funduszu lub numer rachunku składki podstawowej w Funduszu.

**** Informacja zostanie przesłana jako załącznik do e-mail i będzie zabezpieczona hasłem. Hasło zostanie zbudowane w oparciu o dane Członka Funduszu, w tym numer Klienta w Funduszu.

Informacja dotycząca przetwarzania danych uczestnika Pracowniczego Programu Emerytalnego prowadzonego przez Pracodawcę, członka lub osoby uprawnionej Pracowniczego Funduszu Emerytalnego Orange Polska

1. Pracodawcy prowadzący Pracowniczy Program Emerytalny:
 - a) Fundacja Orange
Al. Jerozolimskie 160, 02-326 Warszawa
dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: dpofundacja@orange.com
 - b) Integrated Solutions Sp. z o.o.

- ul. Karolkowa 30, 01-207 Warszawa
dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iod@i-s.com.pl
- c) Fortum Energia S.A.
ul. Marynarki Polskiej 197, 80-868 Gdańsk
dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: rodo@fortum.com
- d) Orange Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 160, 02-326 Warszawa
dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: inspektorochronydanych@orange.com
- e) Orange Szkolenia Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 160, 02-326 Warszawa
dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: orange.szkolenia@orange.com
- f) Pracownicze Towarzystwo Emerytalne Orange Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 160, 02-326 Warszawa
dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iod.pt@orange.com
- g) Telefony Podlaskie S.A.
ul. Wolności 44, 08-300 Sokołów Podlaski
dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iod@telefonypodlaskiesa.pl
2. Administratorem danych osobowych przetwarzanych przez Pracowniczy Fundusz Emerytalny Orange Polska jest Pracownicze Towarzystwo Emerytalne Orange Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 160, 02-326 Warszawa). Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w Pracowniczym Towarzystwie Emerytalnym Orange Polska S.A.: iod.pt@orange.com.
3. Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie przepisów ustawy o pracowniczych programach emerytalnych oraz innych przepisów powszechnie obowiązujących dotyczących programu. Dane osobowe przetwarzane są w celu:
- wykonania umowy uczestnictwa w pracowniczym programie emerytalnym prowadzonego przez Pracodawcę, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia 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 („Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych”),
 - wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych osobowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych, wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych,
 - do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub stronę trzecią na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych, za które administrator uznaje: prowadzenie pracowniczych programów emerytalnych przez Pracodawców z wnoszeniem składek do Funduszu, dochodzenie i obronę przed roszczeniami, zapobieganie oszustwom, prowadzenie Rejestru Członków Funduszu, prowadzenie statystyk i analiz, zapewnienie bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego, stosowanie wewnętrznych procesów nadzoru zgodności z prawem.
4. Dane osobowe są przetwarzane przez Pracodawcę prowadzącego pracowniczy program emerytalny jako ustawowego pośrednika w obsłudze zleceń w ramach pracowniczych programów emerytalnych do czasu upływu trzech lat po dokonaniu wypłaty/wypłaty transferowej lub zwrotu środków (chyba że jest wydłużony okres wynikający z konieczności obronnych praw Pracodawcy w związku z toczącym się sporem) oraz przez Fundusz do czasu dokonania wypłaty/wypłaty transferowej/zwrotu środków zgromadzonych w ramach Programu i przez okres 50 lat od dokonania wypłaty/wypłaty transferowej/zwrotu.
5. Osobie, której dane osobowe są przetwarzane przysługuje prawo:
- dostępu do danych osobowych (oznaczające prawo uzyskania informacji o przetwarzaniu danych osobowych przez Pracodawcę i/lub Fundusz oraz uzyskania kopii danych),
 - do sprostowania (poprawiania) danych,
 - do usunięcia danych - jeżeli przetwarzane byłyby bezpodstawnie,
 - ograniczenia przetwarzania danych (czyli wstrzymania operacji na danych do czasu rozpatrzenia wniosku o sprostowanie lub o nieusuwanie danych).
- Zakres każdego z tych praw oraz sytuacje, w których można z nich skorzystać, wynikają z przepisów prawa. To, z którego prawa można skorzystać, zależy będzie m.in. od podstawy prawnej oraz celu przetwarzania danych. Aby skorzystać z powyższych praw należy złożyć pisemny wniosek na adres Administratora.
6. Dane mogą być przekazywane:
- podmiotom przetwarzającym dane w imieniu Pracodawcy lub Funduszu, w celach wykonania usługi kancelaryjnej lub prawnej, podmiotom obsługującym systemy teleinformatyczne lub udostępniającym narzędzia teleinformatyczne, w których przetwarzane są dane osobowe, a także podwykonawcom wspierającym Pracodawcę w obsłudze HR, na podstawie odpowiednich umów, oraz agentowi transferowemu prowadzącemu w imieniu Funduszu Rejestr członków Funduszu,
 - innym administratorom danych przetwarzającym dane we własnym imieniu: podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, podmiotom prowadzącym działalność płatniczą (banki, instytucje płatnicze) w celu dokonania wypłaty/wypłaty transferowej/zwrotu środków zgromadzonych w ramach Programu.
7. Osoba, której dane są przetwarzane, ma prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w razie stwierdzenia, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy prawa.

.....
/miejscowość/ /data/

.....
/podpis osoby składającej dyspozycję/

Ważne informacje dotyczące Wypłat:

1. Wypłata może być dokonana pod warunkiem uzyskania uprawnień do Wypłaty.

2. Złożenie dyspozycji o dokonanie Wyплаты, w tym wypłaty ratalnej, skutkuje zaprzestaniem naliczania i potrącania składek: podstawowej i dodatkowej. Dyspozycja ta wywiera skutki przy naliczeniu najbliższego Wynagrodzenia, jeśli zostanie złożona Pracodawcy w terminie 7 dni przed naliczeniem tego Wynagrodzenia. Jeżeli dyspozycja została złożona w terminie krótszym niż 7 dni przed naliczeniem Wynagrodzenia, to zostanie uwzględniona dopiero przy naliczeniu następnego Wynagrodzenia.
3. Uczestnik składający dyspozycję o Wypłatę ratalną może w dowolnym momencie zmienić ten sposób wypłaty i złożyć dyspozycję o Wypłatę jednorazową.
4. Termin realizacji Wypłat:
 - Wypłaty jednorazowe – w ciągu 1 miesiąca,
 - Wypłaty ratalne – pierwsza w ciągu 1 miesiąca od dnia złożenia żądania Wyплаты chyba, że Uczestnik zażąda Wyплаты w terminie późniejszym.
5. Dyspozycja Wyплаты jest równoznaczna z wypowiedzeniem udziału w Programie.

Wypełnia Pracodawca

Potwierdzenie przyjęcia dyspozycji:

Nazwa komórki przyjmującej dyspozycję:

Imię i Nazwisko osoby przyjmującej dyspozycję

...../...../.....
/data przyjęcia dyspozycji
przez Pracodawcę/

.....
/pieczętka Pracodawcy/

.....
/podpis i pieczętka osoby przyjmującej
dyspozycję/