

## Wyznaczenie osób uprawnionych do otrzymania środków zgromadzonych na rachunku Członka Allianz Polska Otwartego Funduszu Emerytalnego

**UWAGA!** Przed wypełnieniem formularza należy zapoznać się z *Informacjami o przetwarzaniu danych osobowych oraz Zasadami wypełniania formularza* znajdującymi się na odwrocie.

Formularz jest przeznaczony do składania dyspozycji w zakresie Osób uprawnionych, tj. osób do otrzymania środków po śmierci Członka Allianz Polska Otwartego Funduszu Emerytalnego (dalej „Fundusz”), z zastrzeżeniem, że jeżeli w chwili śmierci Członek Funduszu pozostawał w związku małżeńskim, Fundusz dokonuje wypłaty powyżej środków na rachunek małżonka w jego otwartym funduszu emerytalnym w zakresie, w jakim środki te stanowiły przedmiot małżeńskiej wspólności majątkowej.

### Dane identyfikacyjne Członka Funduszu

1. Numer rachunku w Funduszu

2. Imię  3. Imię drugie

4. Nazwisko

5. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)  -  -  6. PESEL/dok. tożsamości

W polu 6 prosimy podać numer PESEL albo serię i numer dokumentu tożsamości, w sytuacji nienadania numeru PESEL.

### Rodzaj składanej dyspozycji

7.  Wyznaczam lub zmieniam Osoby uprawnione i wymieniam kompletne dane wszystkich osób, które mają być Osobami uprawnionymi.
8.  Odwołuję wszystkie dotychczas wskazane Osoby uprawnione i nie wyznaczam nowych.

### Dane osób uprawnionych

9. Imię  10. Udział w środkach  %

11. Nazwisko

12. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)  -  -  13. PESEL

14. Ulica

15. Nr domu  16. Nr lokalu  17. Miejscowość

18. Kod pocztowy  -  19. Poczta

20. Gmina  21. Kraj

22. Imię  23. Udział w środkach  %

24. Nazwisko

25. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)  -  -  26. PESEL

27. Ulica

28. Nr domu  29. Nr lokalu  30. Miejscowość

31. Kod pocztowy  -  32. Poczta

33. Gmina  34. Kraj

35. Imię  36. Udział w środkach  %

37. Nazwisko

38. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)  -  -  39. PESEL

40. Ulica

41. Nr domu  42. Nr lokalu  43. Miejscowość

44. Kod pocztowy  -  45. Poczta

46. Gmina  47. Kraj

### Zgody Członka Funduszu

48. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od innych podmiotów należących do grupy Allianz informacji handlowo-marketingowych za pośrednictwem:  
 wiadomości elektronicznych (e-mail, SMS/MMS, komunikatory internetowe, konto klienckie, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe),  
 telefonu oraz automatycznych systemów wywołujących.  
 Zgoda na otrzymywanie informacji handlowo-marketingowych od innych podmiotów z grupy Allianz, jest skuteczna jedynie w przypadku gdy zaznaczył/a Pani/Pan poniżej zgodę na udostępnienie tym podmiotom Pani/Pana danych osobowych w ich celach marketingowych.
49. W celu przedstawienia mi kompleksowo dopasowanych informacji, w tym o produktach, usługach, promocjach, konkursach i zniżkach, zgadzam się na:  
 udostępnianie przez Allianz Polska Otwarty Fundusz Emerytalny moich danych osobowych w zakresie obejmującym dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane o produktach z jakich korzystam oraz historię zawartych w tym zakresie umów podmiotom z grupy Allianz: Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechnemu Towarzystwu Emerytalnemu Allianz Polska S.A. oraz funduszom przez nie zarządzanym, Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa) w ich własnych celach marketingowych, w tym w celach analitycznych i profilowania. Profilowanie będzie realizowane dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług ww. podmiotów oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.  
 Może Pani/Pan wycofać powyższą zgodę w każdym momencie poprzez wysłanie wiadomości na adres e-mail: iod-pte@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania przed wycofaniem zgody.
50. Liczba jednocześnie wypełnianych i przekazywanych do Funduszu formularzu AL02 wynosi:
51. Data wypełnienia formularza (dd-mm-rrrr)  -  -

52. Podpis Członka Funduszu  
(lub Osoby działającej w jego imieniu)

Poniższe pole prosimy wypełnić tylko w przypadku, gdy podpis w polu 52 nie został złożony przez Członka Funduszu.

53. Powyższy podpis został złożony przez:  Przedstawiciela ustawowego  Pełnomocnika (Wymagane jest załączenie pełnomocnictwa.)

54. Wyrażam zgodę na złożenie powyższej dyspozycji w zakresie Osób uprawnionych.

55. Podpis Przedstawiciela ustawowego

# Informacje o przetwarzaniu danych osobowych

## Klauzula informacyjna

### Administrator danych

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez **Allianz Polska Otwarty Fundusz Emerytalny** reprezentowany przez Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska Spółkę Akcyjną (Administratora), z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Z Administratorem można się skontaktować poprzez formularz kontaktowy dostępny pod adresem [www.kontaktOFE.allianz.pl](http://www.kontaktOFE.allianz.pl), telefonicznie pod numerem 224 224 224 lub pisemnie na adres: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub na adres: skrytka pocztowa 4, 02-696 Warszawa 113.

### Inspektor ochrony danych (IOD)

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: [iod-pte@allianz.pl](mailto:iod-pte@allianz.pl), lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl), we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

### Okres przechowywania danych

Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności przepisów o obowiązku przechowywania dokumentów księgowych, a także przepisów o przechowywaniu i archiwizowaniu dokumentów i innych nośników informacji funduszy emerytalnych.

### Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- wykonania umowy o członkostwo w funduszu – podstawą prawną przetwarzania danych do wykonywania umowy lub obowiązek prawny ciążyący na Administratorze,
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa w trakcie trwania jak i po zakończeniu trwania umowy o członkostwo w funduszu, w tym przepisów o rachunkowości oraz przepisów o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbydność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze,
- ewentualnego przeciwdziałania przestępstwom – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbydność do wypełnienia przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów Kodeksu karnego, a także niezbydność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora,
- ewentualnego dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą umową o członkostwo w funduszu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbydność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń lub obrona przed roszczeniami,
- analitycznym oraz statystycznym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbydność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk.

### Informacje o wymogu podania danych

Podanie aktualnych danych osobowych w zakresie przewidzianym w umowie o członkostwo jest wymogiem ustawowym lub jest niezbydne do wykonania umowy, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości prawidłowego prowadzenia przez fundusz rejestru członków funduszu lub prawidłowego wykonania umowy o członkostwo w funduszu.

### Odbiorcy danych

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione m.in. podmiotom z grupy Allianz, w tym Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszecnemu Towarzystwu Emerytalnemu Allianz Polska S.A. oraz funduszom przez nie zarządzanym, Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), Allianz SE z siedzibą w Monachium, podmiotom świadczącym usługi prawne, właściwym organom państwowym, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentowi transferowemu, depozytariuszowi, centrum telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, podmiotom wykonującym archiwizację, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

### Przekazywanie danych poza EOG

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora.

### Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora,
- przeniesienia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszecznie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy o członkostwo w funduszu. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych lub może Pani/Pan zażądać, by dane osobowe zostały przesłane przez Administratora bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej.

## Zasady wypełniania formularza

- Formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, długopisem o ciemnym kolorze tuszu (czarny, granatowy). Należy unikać skreśleń oraz poprawiania liter i cyfr. Wszystkie dane powinny być wpisane w obrębie odpowiednich pól, a jeśli liczba znaków przekracza liczbę pól, dane należy wpisywać zągęszczając znaki. Pola, w których należy wybrać odpowiednią opcję, prosimy wypełnić wpisując we właściwą kratkę znak X.
- Wypełniając formularz należy mieć na względzie, że **złożona dyspozycja zastąpi dotychczasową dyspozycję w tym zakresie**. Wyznaczając Osoby uprawnione, prosimy zaznaczyć pole 7 oraz wpisać kompletne dane wszystkich Osób uprawnionych. Odwołując wcześniej wskazane Osoby uprawnione prosimy o zaznaczenie pola 8 i jednocześnie niewypełnienie żadnego bloku pól przeznaczonych na ich dane. W przypadku niewyznaczenia Osób uprawnionych, środki zgromadzone na rachunku w Funduszu wchodzą w skład spadku.
- Jeśli niniejszy formularz uniemożliwia Państwu złożenie zamierzonej dyspozycji, prosimy o złożenie jej poprzez sporządzenie indywidualnego oświadczenia. W przypadku skorzystania z takiej opcji prosimy o umieszczenie w oświadczeniu własnych danych identyfikacyjnych (imię, nazwisko, numer rachunku i numer PESEL bądź seria i numer dokumentu tożsamości) oraz o złożenie własnoręcznego podpisu.
- Dla celów identyfikacyjnych prosimy **wpisać dane Członka Funduszu** (pola od 1 do 6) wypełniając obowiązkowo: imię, nazwisko oraz numer rachunku lub numer PESEL albo serię i numer dokumentu tożsamości.
- Dokonując wskazania Osoby uprawnionej prosimy podać jej: imię, nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL oraz adres zamieszkania (pola od 9 do 21). W przypadku adresu zamieszkania prosimy podać pełen zestaw danych, na który składa się: ulica, numer domu, kod pocztowy i miejscowość. W przypadku braku ulicy lub numeru lokalu odpowiednie pola prosimy pozostawić niewypełnione. Jeśli miejscowość jest wsią, prosimy podać także gminę i pocztę. Kraj prosimy podać tylko wtedy, gdy jest inny niż Polska. Dla Osoby uprawnionej można określić udział w środkach (pole 10). Powyższe zasady wypełniania pól należy stosować wypełniając także kolejne grupy pól przeznaczone na dane innych Osób uprawnionych. Przydzielając Osobom uprawnionym udział w środkach należy pamiętać, że **suma udziałów wszystkich Osób uprawnionych musi wynosić 100%**. W razie nieokreślenia udziałów przyjmuje się, że są one równe. W razie śmierci Osoby uprawnionej przez śmiercią Członka Funduszu, udział przeznaczony dla zmarłej Osoby uprawnionej przypada w równych częściach pozostałym Osobom uprawnionym, chyba że Członek funduszu zadysponuje tym udziałem w inny sposób.
- Wyrażenie zgody Członka Funduszu (pola 48 i 49) jest dobrowolne, a odmowa jej wyrażenia nie ma wpływu na ważność dyspozycji składanej na niniejszym formularzu. W przypadku wyrażenia danej zgody należy wpisać znak X w pole obok jej treści.
- Gdy dyspozycja dotyczy więcej niż trzech Osób uprawnionych, prosimy jednocześnie wypełnić odpowiednią liczbę formularzy AL02 i wpisać łączną liczbę formularzy składających się na dyspozycję (pole 50).
- Członek Funduszu albo Osoba działająca w jego imieniu **składa własnoręczny, czytelny podpis w polu 52** i wpisuje datę wypełnienia formularza w polu 51. **Brak podpisu powoduje, że dyspozycja jest nieskuteczna**, a wnioskowane zmiany nie mogą zostać uwzględnione. W przypadku osób pozostających pod władzą rodzicielską, jeśli podpis zostanie złożony przez Członka Funduszu, dla skuteczności dyspozycji konieczne jest wyrażenie zgody przez Przedstawiciela ustawowego (pole 54), a więc złożenie przez niego własnoręcznego, czytelnego podpisu w polu 55.
- Wypełniony formularz prosimy przesłać na adres **Allianz Polska OFE, skrytka pocztowa 4, 02-696 Warszawa 113**. W przypadku braku możliwości zrealizowania Państwa dyspozycji prześlemy Państwu informację ze wskazaniem przyczyn jej niezrealizowania. Wykaz danych Osób uprawnionych zarejestrowanych w Funduszu można sprawdzić za pośrednictwem serwisu internetowego [www.ofeallianz.pl](http://www.ofeallianz.pl) lub po skontaktowaniu się z Funduszem.

## W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości, jesteśmy do Państwa dyspozycji.

Infolinia Funduszu:

224 224 224

Elektroniczny formularz kontaktowy:

[www.kontaktOFE.allianz.pl](http://www.kontaktOFE.allianz.pl)

Adres do korespondencji:

Allianz Polska OFE, skrytka pocztowa 4, 02-696 Warszawa 113

Więcej informacji:

[www.allianz.pl/pte](http://www.allianz.pl/pte)