



pieczęć wpływu do KRUS

WNIOSEK O ZASIŁEK POGRZEBOWY

Instrukcja wypełniania:

1. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z dołączoną informacją
2. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
3. Pola wyboru zaznacz znakiem X
4. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane osoby zmarłej

Imię/imiona

Nazwisko

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli osoba zmarła nie miała numeru PESEL

Data zgonu

dd

mm

rrrr

Miejsce zgonu

Osoba zmarła do dnia śmierci:

Pobierała świadczenia z KRUS

TAK

NIE

Jeśli TAK, podaj numer świadczenia i Oddział Regionalny/Placówkę Terenową KRUS wypłacający/a świadczenie

Jeśli NIE, podaj nazwę świadczenia/numer świadczenia i nazwę organu, który wypłacał świadczenie

Była objęta ubezpieczeniem w KRUS

TAK

NIE

Osoba zmarła była członkiem mojej rodziny

TAK

NIE

Jeśli TAK, podaj stopień pokrewieństwa/powinowactwa ze zmarłym

DANE WNIOSKODAWCY - osoby fizycznej

Imię/imiona

Nazwisko

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Data urodzenia

Podaj, jeśli nie masz numeru PESEL

dd

mm

rrrr

Adres zamieszkania (w przypadku zamieszkania za granicą, podaj ostatni adres zamieszkania, jeżeli był w Polsce)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu/adres poczty
elektronicznej

Podaj numer telefonu i adres e-mail - to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie
(to pole jest dobrowolne)

Adres do korespondencji (wypełnij, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu/adres poczty
elektronicznej

Podaj numer telefonu i adres e-mail - to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie
(to pole jest dobrowolne)

Wypełnij, jeżeli osoba zmarła nie pobierała świadczeń z KRUS albo nie była objęta ubezpieczeniem w KRUS

Pobieram świadczenia z KRUS

☐

TAK

☐

NIE

Jestem objęty(a) ubezpieczeniami w KRUS

☐

TAK

☐

NIE

Podaj nazwę świadczenia, numer świadczenia i Oddział Regionalny/Placówkę Terenową KRUS wypłacający/a świadczenie. Jeśli jesteś ubezpieczony(a) w KRUS podaj nazwę Oddziału Regionalnego/Placówki Terenowej KRUS, w którym/ej jesteś ubezpieczony(a)

DANE WNIOSKODAWCY - innego podmiotu

Nazwa albo imię i nazwisko

NIP

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

REGON

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

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu/adres poczty elektronicznej

Podaj numer telefonu i adres e-mail - to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie (to pole jest dobrowolne)

Oświadczam, że:

Pokryłem(am) koszty pogrzebu

☐

w całości

☐

w części

Podaj kto pokrył pozostałe koszty pogrzebu

Zasiłek pogrzebowy został wypłacony przez inny organ rentowy

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli TAK, podaj nazwę organu i numer przyznanego świadczenia

Oświadczenie wnioskodawcy zamieszkałego w Polsce:

☐ na rachunek bankowy w Polsce

Numer rachunku:

Podaj numer rachunku bankowego, którego jesteś właścicielem lub współwłaścicielem, jeśli chcesz otrzymać wypłatę zasiłku pogrzebowego na ten rachunek

☐ na adres w Polsce:

zamieszkania

☐ korespondencji

☐ prowadzenia działalności

Oświadczenie wnioskodawcy zamieszkałego za granicą:

Wypłacimy Ci zasiłek pogrzebowy na Twój zagraniczny rachunek bankowy, jeśli mieszkasz w państwie członkowskim UE/EFTA albo w Wielkiej Brytanii lub w państwie, z którym Polska zawarła dwustronną umowę o zabezpieczeniu społecznym. Rachunek ten musi być prowadzony w państwie, w którym mieszkasz.

za granicę - na rachunek bankowy (oprócz USA)

Międzynarodowy numer rachunku bankowego, którego jesteś właścicielem lub współwłaścicielem

Nazwa i adres banku

--

Międzynarodowy identyfikator banku w formie BIC/SWIFT

--

	za granicę - do USA na rachunek bankowy
--	---

Numer rachunku, którego jesteś
właścicielem lub współwłaścicielem

Pełna nazwa i adres banku
macierzystego w USA

Dane o rachunku bankowym powinny być właściwe dla formatu ACH "Direct Deposit".
Należy ustalić to z bankiem amerykańskim, w którym masz otwarty rachunek

Kod identyfikacyjny banku
macierzystego w USA

☐ Bieżący/Checking

☐ Oszczędnościowy/Savings

Nazwa i adres banku pośredniczącego

--

Wskaż bank pośredniczący (bank korespondent) dla banku macierzystego, w którym posiadasz rachunek bankowy - o ile informacja ta jest niezbędna przy przekazaniu zasiłku lub możesz dostarczyć do KRUS instrukcję otrzymaną z banku macierzystego dotyczącą przekazania świadczenia z zagranicy

do Polityki bezpieczeństwa w zakresie ochrony danych osobowych
Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych
w przypadku ich pozyskania od osoby, której dane dotyczą (dotyczy klientów)**

1. Administrator danych	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Al. Niepodległości 190 00-608 Warszawa, którą reprezentuje Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych	poczta elektroniczna na adres e-mail: iod@krus.gov.pl, poczta tradycyjna na adres: Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Al. Niepodległości 190, 00-608 Warszawa z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”
3. Cele przetwarzania danych	Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników i zadań zleconych ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie: 1) podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników i opłacania składek na to ubezpieczenie; 2) realizacji działań związanych z przyznawaniem i wypłatą świadczeń pieniężnych z ubezpieczeń: emerytalno-rentowego oraz wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego, dodatków do tych świadczeń oraz innych świadczeń zleconych Kasie do wypłaty; 3) działalności prewencyjnej na rzecz upowszechniania zasad ochrony zdrowia i życia w gospodarstwie rolnym; 4) rehabilitacji leczniczej osób ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń z ubezpieczenia wykazujących całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokujących jej odzyskanie w wyniku leczenia i rehabilitacji, albo zagrożonych całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym; 5) dwuinstancyjnego systemu orzecznictwa lekarskiego będącego podstawą do wydawania decyzji przyznających lub odmawiających prawa do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia emerytalno – rentowego oraz wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego; 6) realizacji zadań związanych z koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego i postanowień dwustronnych umów międzynarodowych o zabezpieczeniu społecznym; 7) realizacji zadań związanych z obsługą ubezpieczenia zdrowotnego rolników, ich domowników, emerytów i rencistów, członków ich rodzin, a także pomocnika/pomocników rolnika, pełniąc zarazem na rzecz NFZ funkcję płatnika składek na ubezpieczenie; 8) gromadzenia i aktualizowania danych osób znajdujących się w ewidencji Kasy.
4. Podstawa przetwarzania danych	na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b i lit. h, to jest w związku z ciążącym na administratorze obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa, w szczególności: - ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym

	rolników, - ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, - ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych
5. Prawnie uzasadniony cel realizowany przez administratora (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO)	Nie dotyczy
6. Odbiorcy danych	Dane osobowe mogą być przekazywane do podmiotów przetwarzających dane w imieniu i na zlecenie Kasy oraz do osób i podmiotów uprawnionych do tego na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego
7. Czy dane będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej?	Dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych
8. Okres, przez który będą przetwarzane dane osobowe	Dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z aktualnie obowiązujących przepisów kancelaryjnych w Kasie oraz przepisów prawa powszechnie obowiązującego
9. Prawa osoby, której dane są przetwarzane	a) żądania dostępu do danych osobowych, b) żądania sprostowania danych osobowych, c) żądania uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, d) żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, e) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych
10. Z czego wynika konieczność podania danych osobowych oraz czy osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania	Przepisy prawa wskazane w rubryce 4,
11. Konsekwencje niepodania danych osobowych	Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym niezbędnym do zrealizowania praw i obowiązków stron postępowania.
12. Czy dane osobowe będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podawania decyzji, w tym profilowania	Nie

Zapoznałam/zapoznałem się*.....
 (miejscowość, data, czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić