

adres jednostki ZUS i numer świadczenia
adresa pobočky Správy sociálního zabezpečení a číslo plnění

OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ, O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY PROHLÁŠENÍ OSOBY, KTERÁ ŽIJE V ZAHRANIČÍ, O PRÁVU NA POBÍRÁNÍ POLSKÉHO STAROBNÍHO NEBO INVALIDNÍHO DŮCHODU

Instrukcja wypełnienia / Návod na vyplnění

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / Žijete v zahraničí a pobíráte starobní nebo invalidní důchod ze ZUS? Díky tomuto prohlášení Vám i nadále budeme moci vyplácet starobní nebo invalidní důchod.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Vyplňte VELKÝMI PÍSMENY.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Vyplňte černou nebo modrou barvou (ne tužkou).
3. Wypełnij sekcje „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” i „Oświadczenie”, a następnie podpisz się własnoręcznie. Jeśli nie możesz własnoręcznie podpisać formularza (np. dlatego, że masz złamaną rękę), podpis może złożyć osoba, która faktycznie się Tobą opiekuje (szczegóły wyjaśniamy w informacji dołączonej do oświadczenia). / Vyplňte oddíl „Vaše údaje (příjemce plnění“ a „Prohlášení“ a následně se vlastnoručně podepište. Pokud nemůžete vlastnoručně podepsat formulář (např. proto, že máte zlomenou ruku), může se podepsat osoba, která o Vás fakticky pečuje (podrobnosti vysvětlujeme v informaci přiložené k prohlášení).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Oddíl „Potvrzení podpisu“ vyplní osoba nebo instituce, která potvrdí vlastnoručnost podpisu Vás nebo Vašeho opatrovníka.

Ważne! Odeślij do nas podpisane oświadczenie na adres podany w lewym górnym rogu <do dnia X/ w ciągu Y dni od otrzymania tego formularza>. Jeśli tego nie zrobisz, będziemy musieli wstrzymać wypłatę Twojego świadczenia do czasu otrzymania tego formularza.

Důležité! Zašlete nám podepsané prohlášení na adresu uvedenou v levém horním rohu <do dne X/v průběhu Y dnů od obdržení tohoto formuláře>. Pokud to neuděláte, budeme muset pozastavit vyplácení Vašeho plnění do doby, až tento formulář obdržíme.

Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Vaše údaje (příjemce plnění)

| | |
|---|--|
| PESEL Rodné číslo | <input type="text"/> |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Druh, série a číslo dokladu potvrzujícího totožnost | <input type="text"/> |
| Data urodzenia Datum narození | <input type="text"/> dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr |
| Imię Jméno | <input type="text"/> |
| Nazwisko Příjmení | <input type="text"/> |
| Imię ojca Jméno otce | <input type="text"/> |

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Uvedte, pokud nemáte přiděleno polské rodné číslo

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Uvedte, pokud nemáte přiděleno polské rodné číslo

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Uvedte, pokud nemáte přiděleno polské rodné číslo

Dodatkowa informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać / Doplňující informace, která nám usnadní Vás identifikovat. Nemusíte ji uvádět.

Twój adres zamieszkania / Vaše adresa bydliště

| | | | |
|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ulica Ulice | <input type="text"/> | | |
| Numer domu Číslo popisné | <input type="text"/> | Numer lokalu Č.d. | <input type="text"/> |
| Kod pocztowy PSČ | <input type="text"/> | Miejscowość Obec | <input type="text"/> |
| Nazwa państwa Název státu | <input type="text"/> | | |

Oświadczenie / Prohlášení

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Vlastnoručním podpisem prohlašuji, že

nadal mam / nadále mám

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma / osoba uvedená v sekci „Vaše údaje (příjemce plnění)” má

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Označte, pokud jste oprávněná osoba, která fakticky pečuje o příjemce plnění.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.

právo pobírat starobní nebo invalidní důchod ze ZUS.

Data
Datum

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dd | / | mm | / | rrrr | | | |
| dd | / | mm | / | rrrr | | | |

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Podpis příjemce plnění nebo oprávněné osoby, která o příjemce plnění fakticky pečuje.

Poświadczenie podpisu / Potvrzení podpisu

Wypełnia właściwy urząd lub osoba upoważniona do potwierdzania własnoręczności podpisu w państwie, w którym mieszkasz, np. notariusz, instytucja zabezpieczenia społecznego lub upoważniony pracownik polskiej placówki dyplomatycznej lub konsularnej. / Vyplňuje příslušný úřad nebo osoba oprávněna potvrdit vlastnoručnost podpisu ve státě, kde žijete, např. notář, instituce sociálního zabezpečení nebo oprávněný zaměstnanec polského diplomatického nebo konzulárního zastoupení.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Potvrzují vlastnoručnost podpisu příjemce plnění nebo oprávněné osoby, která fakticky pečuje o příjemce plnění.

Miejscowość
Místo

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dd | / | mm | / | rrrr | | | |
| dd | / | mm | / | rrrr | | | |

Data
Datum

Podpis i pieczęć
Podpis a razítko

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 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 (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>

Informace uvedené v čl. 13 odst. 1 a 2 Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (GDPR) jsou dostupné v centrále nebo terénních organizačních jednotkách ZUS a na webových stránkách ZUS na adrese: <https://bip.zus.pl/rodo>

INFORMACJA

**do oświadczenia osoby, która mieszka za granicą,
o prawie do pobierania polskiej emerytury lub renty**

INFORMACE

**k prohlášení osoby, která žije v zahraničí,
o právu na pobírání polského starobního nebo invalidního
důchodu**

1. Dlaczego wysyłamy Ci oświadczenie i co musisz z nim zrobić

Oświadczenie wysyłamy, ponieważ pobierasz polską emeryturę albo rentę i mieszkasz za granicą. Wypełnij je i podpisz, abyśmy mogli nadal wypłacać Ci świadczenie. Własnoręczność Twojego podpisu musi poświadczyć uprawniona osoba (zob. pytanie 4). Podpisany i poświadczony formularz odeślij w terminie i na adres, który podaliśmy na jego pierwszej stronie.

1. Pourquoi vous envoyons-nous cette déclaration et ce que vous devez en faire

Prohlášení zasíláme, protože pobíráte polský starobní nebo invalidní důchod a žijete v zahraničí. Vyplňte ho a podepište, abychom Vám mohli i nadále vyplácet plnění. Vlastnoručnost Vašeho podpisu musí potvrdit oprávněná osoba (viz otázka 4). Podepsaný a potvrzený formulář odešlete v termínu a na adresu, kterou jsme uvedli na jeho první straně.

2. Dlaczego musisz wypełnić formularz

Zgodnie z polskimi przepisami [1] prawo do świadczeń z ZUS ustaje:

- 1) gdy ustanie jeden z warunków wymaganych do uzyskania tego prawa,
- 2) ze śmiercią osoby uprawnionej.

Masz obowiązek potwierdzić, że masz prawo dalej pobierać to świadczenie.

2. Pourquoi devez-vous remplir le formulaire

V souladu s polskými předpisy [1] právo na plnění ze Správy sociálního zabezpečení (Základ Ubezpieczeń Społecznych) zaniká:

- 1) když zanikne jedna z podmínek požadovaných pro získání tohoto práva,
- 2) s úmrtím oprávněné osoby.

Máte povinnost potvrdit, že máte právo dále pobírat toto plnění.

3. Co zrobić, kiedy emeryt lub rencista nie może podpisać oświadczenia, a Ty się nim opiekujesz

Jeżeli jesteś opiekunem faktycznym świadczeniobiorcy, który nie może złożyć podpisu własnoręcznie, Ty możesz potwierdzić dalsze prawo do pobierania świadczenia, w tym celu złóż własnoręczny podpis [2].

3. Co dělat, když starobní nebo invalidní důchodce nemůže prohlášení podepsat a Vy o něj pečujete

Pokud jste faktický opatrovník příjemce plnění, který nemůže prohlášení vlastnoručně podepsat, můžete další právo na pobírání plnění potvrdit Vy, za tímto účelem prohlášení vlastnoručně podepíšete.[2]

4. Kto powinien poświadczyć Twój podpis

Twój podpis musi potwierdzić:

- właściwy urząd lub osoba upoważniona do potwierdzania własnoręczności podpisu w państwie, w którym mieszkasz, np. notariusz,
- upoważniony pracownik polskiej placówki dyplomatycznej lub konsularnej,
- upoważniony pracownik instytucji zabezpieczenia społecznego, jeśli pozwala na to prawo państwa, w którym mieszkasz.

4. Kdo by měl potvrdit Váš podpis

Váš podpis musí potvrdit:

- příslušný úřad nebo osoba oprávněná potvrdit vlastnoručnost podpisu ve státě, kde žijete, např. notář,
- oprávněný zaměstnanec polského diplomatického nebo konzulárního zastoupení,
- oprávněný zaměstnanec instituce sociálního zabezpečení, pokud to umožňuje legislativa státu, ve kterém žijete.

5. Co się stanie, jeśli nie dostarczysz nam oświadczenia

Jeśli nie przekażesz nam tego oświadczenia, wydamy decyzję, która wstrzyma wypłatę Twojej emerytury lub renty. Wypłatę zawiesimy [3]:

- od miesiąca, w którym wydamy decyzję w tej sprawie albo
- od następnego miesiąca, jeśli nie będziemy mogli wstrzymać wypłaty wcześniej.

Świadczenie zaczniemy wypłacać Ci od miesiąca, w którym złożysz w naszej placówce prawidłowo wypełnione oświadczenie [4].

5. Co se stane, pokud nám nedoručíte prohlášení

Pokud nám nepředáte toto prohlášení, vydáme rozhodnutí, které pozastaví vyplácení Vašeho starobního nebo invalidního důchodu: Výplatu pozastavíme:[3]

- od měsíce, kdy vydáme rozhodnutí v této záležitosti nebo
- od následujícího měsíce, pokud nebudeme moci zastavit výplatu dříve.

Plnění Vám začneme vyplácet od měsíce, kdy podáte v naší instituci správně vyplněné prohlášení.[4]

Ważne!

Jak najszybciej poinformuj nas, jeśli zmieniły się Twoje dane, np. numer rachunku bankowego lub adres.

Důležité!

Co nejrychleji nás informujte, pokud se změnilы Vaše údaje, např. číslo bankovního účtu nebo adresa.

Podstawa prawna

[1] Art. 101 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2020 r., poz. 53 ze zm.), zwana dalej ustawą emerytalną.

[2] Art. 128 ust. 1 i ust. 2 ustawy emerytalnej.

[3] Art. 134 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2 ustawy emerytalnej.

[4] Art. 135 ust. 1 ustawy emerytalnej

Právní základ

[1] Čl. 101 zákona ze dne 17. prosince 1998 o starobních a invalidních důchodech z Fondu sociálního zabezpečení (Sb. z. 2020, pol. 53 ve znění pozdějších předpisů), dále uváděný jako důchodový zákon.

[2] Čl. 128 odst. 1 a odst. 2 důchodového zákona.

[3] Čl. 134 odst. 1 bod 2 a odst. 2 bod 2 důchodového zákona.

[4] Čl. 135 a odst. 1 důchodového zákona.