

adres jednostki ZUS i numer świadczenia
Διεύθυνση μονάδας ΙΚΑ και αριθμός παροχών

**ΟŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ,
O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY
ΔΗΛΩΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΖΕΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ, ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ
ΠΟΛΩΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ Η ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

Instrukcja wypełnienia / Οδηγίες συμπλήρωσης

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / Ζείτε στο εξωτερικό και λαμβάνετε σύνταξη από το ΙΚΑ; Χάρη σε αυτήν τη δήλωση, θα εξακολουθήσουμε να μπορούμε να σας πληρώσουμε τη σύνταξή σας ή το επίδομα αναπηρίας.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Συμπληρώστε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Συμπληρώστε με μαύρο ή μπλε (όχι με μολύβι).
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). / Συμπληρώστε τις ενότητες „Τα στοιχεία σας (παραλήπτες)” και „Δήλωση” και στη συνέχεια υπογράψτε οι ίδιοι. Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε τη φόρμα μόνοι σας (π.χ. επειδή έχετε σπασμένο χέρι), η υπογραφή μπορεί να γίνει από ένα άτομο που πραγματικά σας φροντίζει (οι λεπτομέρειες εξηγούνται στις πληροφορίες που επισυνάπτονται στη δήλωση).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która roświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Η ενότητα „Επιβεβαίωση υπογραφής” συμπληρώνεται από άτομο ή ίδρυμα που θα πιστοποιήσει την αυθεντικότητα της υπογραφής που έχετε πραγματοποιήσει εσείς ή ο κηδεμόνας σας.

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.

Σημαντικό! Στείλτε μας πίσω την υπογεγραμμένη δήλωση στη διεύθυνση που αναφέρεται στην επάνω αριστερή γωνία <εώς την ημέρα X/ εντός Y ημερών από την παραλαβή αυτής της φόρμας>. Εάν δεν το κάνετε, θα πρέπει να διακόψουμε την πληρωμή σας έως ότου λάβουμε αυτήν τη φόρμα.

Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Τα στοιχεία σας (παραλήπτες)

PESEL
PESEL/ AMKA

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

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość
Τύπος, σειρά και αριθμός του εγγράφου
που επιβεβαιώνει την ταυτότητα σας

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Εισαγάγετε, εάν δεν έχετε αριθμό PESEL/AMKA.

Data urodzenia
Ημερομηνία γέννησης

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

dd / mm / rrrr
ηη / μμ / εεεε

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Εισαγάγετε, εάν δεν έχετε αριθμό PESEL/AMKA.

Imię
Όνομα

Nazwisko
Επώνυμο

Imię ojca
Όνομα πατρός

Dodatkowa informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać / Πρόσθετη πληροφορία που θα μας βοηθήσει να σας αναγνωρίσουμε. Δεν χρειάζεται να την δώσετε.

Twój adres zamieszkania / Διεύθυνση κατοικίας σας

Ulica Οδός	<input type="text"/>		
Numer domu Αρ. κτιρίου	<input type="text"/>	Numer lokalu Αρ. διαμερίσματος	<input type="text"/>
Kod pocztowy Τ.Κ.	<input type="text"/>	Miejscowość Τοποθεσία	<input type="text"/>
Nazwa państwa Ονομασία χώρας	<input type="text"/>		

Oświadczenie / Δήλωση

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Επιβεβαιώνω με την υπογραφή μου ότι

nadal mam / Έχω ακόμη

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)”
μα / το άτομο που αναφέρεται στην ενότητα „Τα στοιχεία σας
(παραλήπτες)” έχει

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje
faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Επιλέξτε πότε είστε το
εξουσιοδοτημένο άτομο που πραγματικά φροντίζει τον παραλήπτη.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.

δικαίωμα λήψης σύνταξης ή επιδόματος αναπηρίας από το ΙΚΑ.

Data
Ημερομηνία

<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			
ηη	/	μμ	/	εεεε			

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę
nad świadczeniobiorcą. / Υπογραφή του παραλήπτη ή εξουσιοδοτημένου ατόμου
που πραγματικά φροντίζει τον παραλήπτη.

Poświadczenie podpisu / Πιστοποίηση υπογραφής

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. / Να συμπληρωθεί από το αρμόδιο ίδρυμα ή από άτομο εξουσιοδοτημένο να πιστοποιήσει την αυθεντικότητα της υπογραφής στη χώρα στην οποία ζείτε, π.χ. συμβολαιογράφος, ίδρυμα κοινωνικής ασφάλισης ή εξουσιοδοτημένος υπάλληλος πολωνικής διπλωματικής ή προξενικής εγκατάστασης.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Επιβεβαιώνω την αυθεντικότητα της υπογραφής που έγινε από τον παραλήπτη ή από εξουσιοδοτημένο άτομο που φροντίζει πραγματικά τον παραλήπτη.

Miejscowość
Τοποθεσία

<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			
ηη	/	μμ	/	εεεε			

Data
Ημερομηνία

Podpis i pieczęć
Υπογραφή και σφραγίδα

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>

Oi πληροφορίες που αναφέρονται στο άρθρ. 13. νομ.1 και 2 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου (ΕΕ) 2016/679, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, και για την κατάργηση της οδηγίας 95/46 / ΕΚ (GDPR), διατίθενται στα κεντρικά γραφεία ή στις τοπικές οργανωτικές μονάδες ΙΚΑ και στον ιστότοπο ΙΚΑ στη διεύθυνση: <https://bip.zus.pl/rodo>

INFORMACJA

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

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

για δήλωση ατόμου που ζει στο εξωτερικό σχετικά ,ε το δικαίωμα συλλογής πολωνικής σύνταξης ή επιδόματος αναπηρίας

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. Γιατί σας στέλνουμε τη δήλωση και τι πρέπει να κάνετε με αυτήν

Στέλνουμε τη δήλωση επειδή λαμβάνετε πολωνική σύνταξη ή επίδομα αναπηρίας και ζείτε στο εξωτερικό. Συμπληρώστε και υπογράψτε την ώστε να συνεχίσουμε να σας πληρώνουμε παροχή. Η αυθεντικότητα της υπογραφής σας πρέπει να πιστοποιείται από εξουσιοδοτημένο άτομο (βλ. ερώτηση 4). Στείλτε την υπογεγραμμένη και επικυρωμένη φόρμα εντός της προθεσμίας και στη διεύθυνση που αναφέρεται στην πρώτη σελίδα.

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. Γιατί πρέπει να συμπληρώσετε τη φόρμα

Σύμφωνα με τους πολωνικούς κανονισμούς [1], το δικαίωμα παροχών από το ΙΚΑ παύει:

- 1) όταν παύσει να υφίσταται μία από τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για την απόκτηση αυτού του δικαιώματος,
- 2) με το θάνατο του δικαιούχου.

Πρέπει να επιβεβαιώσετε ότι δικαιούστε να συνεχίσετε να λαμβάνετε αυτή την παροχή.

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. Τι να κάνετε όταν ένας συνταξιούχος δεν μπορεί να υπογράψει τη δήλωση και είστε το άτομο που τον φροντίζει

Εάν είστε ο πραγματικός κηδεμόνας του δικαιούχου, ο οποίος δεν μπορεί να υπογράψει μόνος του, μπορείτε να επιβεβαιώσετε το συνεχιζόμενο δικαίωμά να λάμβάνει την παροχή, με αυτό τον σκοπό υπογράψτε εσείς με την υπογραφή σας [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. Ποιος πρέπει να πιστοποιήσει την υπογραφή σας

Η υπογραφή σας πρέπει να επιβεβαιωθεί από:

- αρμόδιο ίδρυμα ή πρόσωπο εξουσιοδοτημένο να πιστοποιεί την αυθεντικότητα της υπογραφής στη χώρα στην οποία ζείτε, π.χ. συμβολαιογράφος,
- εξουσιοδοτημένος υπάλληλος πολωνικής διπλωματικής ή προξενικής εγκατάστασης,
- εξουσιοδοτημένος υπάλληλος ιδρύματος κοινωνικής ασφάλισης, εάν το επιτρέπει ο νόμος του κράτους στο οποίο ζείτε.

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. Τι θα συμβεί εάν δεν μας δώσετε μια δήλωση

Εάν δεν μας δώσετε αυτήν τη δήλωση, θα εκδώσουμε μια απόφαση που θα αναστείλει την πληρωμή της σύνταξης ή του επιδόματος αναπηρίας σας. Θα αναστείλουμε την πληρωμή [3]:

- από τον μήνα κατά τον οποίο θα εκδώσουμε την απόφαση σχετικά με αυτό το θέμα, ή
- από τον επόμενο μήνα, εάν δεν θα μπορούμε να σταματήσουμε την πληρωμή νωρίτερα.

Θα αρχίσουμε να σας πληρώνουμε την παροχή από τον μήνα κατά τον οποίο υποβάλλετε μια σωστά συμπληρωμένη δήλωση στη μονάδα μας [4].

Ważne!

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

Σημαντικό!

Ενημερώστε μας το συντομότερο δυνατό εάν τα στοιχεία σας έχουν αλλάξει, π.χ. ο αριθμός του τραπεζικού σας λογαριασμού ή διεύθυνσή σας.

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

Νομική βάση

[1] Άρθ. 101 του νόμου της 17ης Δεκεμβρίου 1998 σχετικά με τις συντάξεις από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Εφημερίδα των νόμων του 2020, σημείο 53, όπως τροποποιήθηκε), εφεξής καλούμενος «νόμος περί συντάξεων».

[2] Άρθ.128 νομ. 1 και νομ. 2 του νόμου περί συντάξεων.

[3] Άρθρο 134 νομ.1 σημ. 2 και νομ. 2 σημ. 2 του νόμου περί συντάξεων.

[4] Άρθρο 135 νομ. 1 του νόμου περί συντάξεων.