

대한민국과 폴란드공화국 간 사회보장협정에 의한 한국급여청구서
WNIOSEK O ŚWIADCZENIA KOREAŃSKIE
NA PODSTAWIE UMOWY O ZABEZPIECZENIU SPOŁECZNYM
MIĘDZY RZECZĄPOSPOLITĄ POLSKĄ A REPUBLIKĄ KOREI

폴란드 사회보장기관 기재란
DO WYPEŁNIENIA
PRZEZ INSTYTUCJĘ
ZABEZPIECZENIA
SPOŁECZNEGO
Data otrzymania:
Potwierdzone przez:

- * 해당 질문에 정확히 기재하십시오. / Należy wypełnić odpowiednie sekcje.
* 해당 증빙서류를 첨부하십시오. / Należy dołączyć odpowiednie dokumenty dowodowe.

A. 일반정보/INFORMACJE OGÓLNE

1. 청구급여를 표시하십시오. / Należy zaznaczyć krzyżykiem (x) rodzaj świadczenia, którego wniosek dotyczy
- 노령연금/ Emerytura 장애연금/ Renta z tytułu niezdolności do pracy
 유족연금/ Renta rodzinna 분할연금/ Emerytura dzielona 일시금/ Świadczenie ryczałtowe

2. 가입자에 관한 정보/Informacje o osobie ubezpieczonej

a) 성명/ Nazwisko i imiona	이름/ Imiona	성/ Ostatnie	b) 성별/ Płeć	<input type="checkbox"/> 남/ Mężczyzna <input type="checkbox"/> 여/ Kobieta
c) 출생시 성명/ Nazwisko rodowe	이름/ Imiona	성/ Ostatnie	d) 생년월일 / Data urodzenia	월/ M 일/ D 년/ R
e) 한국국민연금번호 또는 주민(외국인)등록번호/ Koreański Krajowy Numer Emerytalny lub Numer Rejestracyjny Zamieszkania (Cudzoziemca)	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
f) 폴란드개인식별번호/ Polski numer identyfikacyjny				
g) 출생지/ Miejsce urodzenia			h) 국적/ obywatelstwo	
i) 주소/ Adres	(우편번호 / Kod pocztowy)			
j) 전화번호/ Numer telefonu			k) 전자우편주소/ Adres e-mail	

3. 청구자에 관한 정보 (2 번의 가입자가 아닌 경우에만 기재하십시오)/ Informacje o wnioskodawcy (Należy wypełnić tylko w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą inną niż wyżej wymieniona osoba ubezpieczona)

a) 성명/ Nazwisko i imiona	이름/ Imiona	성/ Ostatnie	c) 성별/ Płeć	<input type="checkbox"/> 남/ Mężczyzna <input type="checkbox"/> 여/ Kobieta
b) 생년월일/ Data urodzenia	월/ M	일/ D		
d) 가입자와의 관계/ Stopień pokrewieństwa z osobą ubezpieczoną				
e) 주소/ Adres	(우편번호/ Kod pocztowy)			
f) 전화번호/ Numer telefonu			g) 전자우편주소/ Adres e-mail	

h) 미성년자의 법정대리인 성명/ W przypadku osoby nieletniej należy podać nazwisko jej prawnego przedstawiciela/ pełnomocnika	이름/Imiona	성/Ostatnie	i) 법정대리인 서명/ Podpis prawnego przedstawiciela/ pełnomocnika

4. 가입자의 피부양자에 관한 정보/Informacje o osobach pozostających na utrzymaniu osoby ubezpieczonej

a) 배우자(사실혼 포함), 18 세 미만 또는 중증장애인 자녀(양자녀 포함), 법정지급연령 이상 또는 중증장애인 부모(배우자부모 포함)

Małżonek(ka) (włącznie z małżonkami według prawa zwyczajowego), dzieci do 18 roku życia lub dotknięte ciężką niepełnosprawnością (włącznie z prawnie adoptowanymi), rodzice po ukończeniu ustawowego wieku podjęcia wypłaty lub dotknięci ciężką niepełnosprawnością (włącznie z rodzicami małżonka(i))

* 추가여백이 필요한 경우 별지를 사용하십시오./W razie potrzeby należy dołączyć osobną kartkę.

성명/Nazwisko i imiona	생년월일 (한국주민등록번호) /Data urodzenia (lub koreański Numer Rejestracyjny Zamieszkania)	장애 여부/ Jest niepełnosprawny lub nie	주소/Adres	가입자와의 관계/ Stopień pokrewieństwa z osobą ubezpieczoną
		<input type="checkbox"/> 예/ Tak <input type="checkbox"/> 아니오/ Nie		
		<input type="checkbox"/> 예/ Tak <input type="checkbox"/> 아니오/ Nie		
		<input type="checkbox"/> 예/ Tak <input type="checkbox"/> 아니오/ Nie		
		<input type="checkbox"/> 예/ Tak <input type="checkbox"/> 아니오/ Nie		

b) 위 피부양자 중에서 한국 국민연금급여를 받고있는 사람이 있습니까? /Czy któraś z wyżej wymienionych osób pozostających na utrzymaniu otrzymuje jakiegokolwiek świadczenia na podstawie koreańskiej ustawy o Krajowych Emeryturach?

예/ Tak 아니오/ Nie

“예”라면 그의 성명, 한국국민연금번호 및 급여유형은?

Jeżeli “Tak”, należy podać jej nazwisko i imiona, koreański Krajowy Numer Emerytalny i rodzaj świadczenia

성명/Nazwisko i imiona	이름/Imiona	성/Ostatnie
한국 국민연금번호 / Koreański Krajowy Numer Emerytalny	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
급여유형 / Rodzaj świadczenia	<input type="checkbox"/> 노령연금/Emerytura <input type="checkbox"/> 장애연금/Renta z tytułu niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> 유족연금/Renta rodzinna <input type="checkbox"/> 반환일시금/Refundacja ryczałtowa <input type="checkbox"/> 분할연금/Emerytura dzielona	

5. 급여의 선택/Wybór świadczenia

* 2 이상의 급여수급자격이 있는 경우에만 표시하십시오/ Należy zaznaczyć krzyżykiem (x) tylko w przypadku, gdy Pan(i) ma prawo do ubiegania się o dwa lub więcej świadczeń.

a) 발생급여/ Prawo do ubiegania się o świadczenia	<input type="checkbox"/> 노령연금/Emerytura <input type="checkbox"/> 장애연금/Renta z tytułu niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> 유족연금/Renta rodzinna <input type="checkbox"/> 반환일시금/Refundacja ryczałtowa <input type="checkbox"/> 분할연금/Emerytura dzielona
b) 선택급여/ Wybrane świadczenie	<input type="checkbox"/> 노령연금/Emerytura <input type="checkbox"/> 장애연금/Renta z tytułu niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> 유족연금/Renta rodzinna <input type="checkbox"/> 반환일시금/Refundacja ryczałtowa <input type="checkbox"/> 분할연금/Emerytura dzielona

6. 대리청구 (대리인에 의한 청구의 경우에만 기재하십시오) /

Zgłoszenie wniosku przez prawnego przedstawiciela/ pełnomocnika (Należy wypełnić tylko w przypadku zgłoszenia wniosku przez prawnego przedstawiciela/ pełnomocnika)

* 대리인의 자격에 관한 증빙자료를 첨부하십시오. / Należy dołączyć odpowiednie dokumenty dotyczące uprawnień przedstawiciela.

a) 대리청구 사유/Powód zgłoszenia wniosku przez przedstawiciela/ pełnomocnika

- 미성년자/Nieletność 한정자 또는 금치산자/Ubezwłasnowolnienie 해외체류/Pobyt za granicą
 군복무/Służba wojskowa 수감/Pobyt w więzieniu 기타/Inny

b) 대리인 성명/ Nazwisko i imiona przedstawiciela/ pełnomocnika	이름/ Imiona	성/Ostatnie	c) 전화번호 / Numer telefonu
d) 주소/ Adres	(우편번호/Kod pocztowy)		e) 전자우편주소/ Adres e-mail
f) 청구자와의 관계/ Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą			g) 청구자의 서명/ Podpis wnioskodawcy

B. 노령연금 청구/ WNIOSEK O EMERYTURĘ

1. 귀하가 법정 지급연령에 5 세를 더한 연령 미만인 경우 한국 소득세법에 적용되는 소득활동에 종사하고 있습니까? /

Jeżeli Pan(i) ma mniej niż ustawowy wiek podjęcia wypłaty zwiększony o 5 lat, to czy nadal wykonuje działalność zawodową, z której dochód podlega opodatkowaniu w Korei?

- “예”라면, 소득액 _____ 일/dziennie 주/tygodniowo
 예/ Tak Jeżeli “Tak”, kwota zarobków _____ 월/ miesięcznie 년/rocznie
 아니오/ Nie

1-1. 귀하의 소득유형을 기재하여 주십시오. / Należy zaznaczyć krzyżykiem (x) rodzaj dochodów

- 자영업/Praca na własny rachunek 근로/Zatrudnienie

* 귀하는 법정 지급연령에 5 세를 더한 연령 이전에 소득활동을 중단하시거나 다시 시작하신다면 한국 국민연금 공단에 즉시 신고하셔야 합니다.

Jeżeli Pan(i) zakończył(a) lub ponownie podjął(ęła) pracę przed ukończeniem ustawowego wieku podjęcia wypłaty zwiększonego o 5 lat, należy niezwłocznie powiadomić o tym fakcie koreański Krajowy Zakład Emerytalny.

2. 연기연금을 신청하시겠습니까?

Czy chce się Pan(i) ubiegać o odroczenie podjęcia wypłaty?

- 신청 미신청
Tak Nie

“예”라면, 연기기간 미수령, 연기 1 개월마다 0.6% 가산.

Jeżeli "tak", świadczenie nie będzie wypłacane przez odroczony okres, a dodatkowe 0,6 % kapitału gromadzone będzie comiesięcznie. Proszę uzupełnić okienka.

■ 연기 개시일

Początkowa data odroczenia płatności

지급사유발생일

Data przyznania prawa

지급연기신청일(월. 일. 년)

Data zgłoszenia wniosku o odroczenie płatności (M. D. R)

■ 연기 종료일(월. 일. 년)

Końcowa data odroczenia płatności (M. D. R)

C. 분할연금 청구/ WNIOSEK O EMERYTURĘ DZIELONĄ

노령연금 수급권자에 관한 정보/ Informacje o emerycie		노령연금 수급권 발생일/ Data początkowa uprawnień do emerytury	혼인유지기간/ Okres małżeństwa (월/M 일/D 년/R ~ 월/M 일/D 년/R)
성명/ Nazwisko i imiona	한국국민연금번호/ Koreański Krajowy Numer Emerytalny		
			~
			~
			~

D. 장애연금 청구/ WNIOSEK O RENTĘ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. 장애에 관한 정보/ Informacje dotyczące niezdolności do pracy

a) 장애발생일/ Data początkowa niezdolności	월/M 일/D 연/R	b) 장애의 원인/ Przyczyna niezdolności	<input type="checkbox"/> 질병/ Choroba <input type="checkbox"/> 부상/ Uraz
c) 장애발생경위 Historia niezdolności			
	진료기관/ Instytucja	소재지/ Lokalizacja	기간/ Okres
초진/ Pierwsze badanie lekarskie			진단명/ Diagnoza
최종진단/ Ostatnie badanie lekarskie			

2. 귀하의 장애로 한국의 산업재해보상보험법, 근로기준법 또는 선원법에 의한 급여를 받았습니까? /

Czy w związku z niezdolnością otrzymywał(a) Pan(i) świadczenie z tytułu niezdolności do pracy na podstawie koreańskiej ustawy o ubezpieczeniu odszkodowawczym z tytułu wypadków przy pracy, koreańskiej ustawy o standardach pracy lub koreańskiej ustawy o marynarzach?

예/ Tak 아니오/ Nie

3. 귀하가 제 3 자의 가해로 장애를 입은 경우 그 가해자로부터 손해배상금을 받았습니까? /

Jeżeli niezdolność spowodowana była przez osobę trzecią, czy Pan(i) otrzymał(a) od niej rekompensatę (odszkodowanie)?
 “예”라면, 받은 배상금액

예/ Tak Jeżeli “Tak”, należy podać kwotę otrzymanej rekompensaty (odszkodowania). _____
 아니오/ Nie

4. 제 3 자에 관한 정보/ Informacje o osobie(ach) trzeciej(ch)

* 제 3 자가 2 인 이상일 경우에는 별지에 아래 사항을 기재하십시오./Jeżeli „trzecie osoby” są dwie lub więcej, należy podać określone poniżej informacje na osobnej kartce.

a) 개인일 경우/ W przypadku osoby

성명/ Nazwisko i imiona	이름/Imiona	성/Ostatnie	생년월일 (한국 주민등록번호)/ Data urodzenia (lub koreański Numer Rejestracyjny Zamieszkania)	
주소/ Adres	(우편번호/Kod pocztowy)			
전화번호/ Numer telefonu			전자우편주소/ Adres e-mail	

b) 법인일 경우/ W przypadku firmy

법인명/ Nazwa firmy			사업자등록번호/ Numer rejestracyjny firmy lub REGON	
법인주소/Adres firmy				
전화번호/ Numer telefonu			대표자 성명 및 생년월일/ Nazwisko i data urodzenia przedstawiciela firmy	

5. 본인은 장애호전 사항이 있는 경우 즉시 그 사실을 한국 국민연금공단에 통보할 것에 동의합니다./Jeżeli nastąpi poprawa stanu mojego zdrowia, zgadzam się niezwłocznie powiadomić o tym fakcie koreański Krajowy Zakład Emerytalny.
 가입자 또는 청구인 서명/

Podpis osoby ubezpieczonej/ wnioskodawcy _____

E. 유족연금청구/WNIOSEK O RENTĘ RODZINNĄ

1. 사망에 관한 정보/Informacje dotyczące zgonu

a) <input type="checkbox"/> 사망일/Data zgonu <input type="checkbox"/> 사망 추정일/ Przepuszczalna data zgonu	월/M 일/D 년/R
b) <input type="checkbox"/> 사망장소/Miejsce zgonu <input type="checkbox"/> 사망 추정장소/ Przepuszczalne miejsce zgonu	
c) 사망의 원인/ Przyczyna zgonu	<input type="checkbox"/> 질병/Choroba <input type="checkbox"/> 사고/Uraz <input type="checkbox"/> 기타/Inna ()
d) 사망경위(질병의 경우 병력을 포함하십시오)/ Ogólne informacje dotyczące przyczyny zgonu (włącznie z czasem trwania choroby, jeżeli przyczyną zgonu była choroba)	

2. 동순위 수급권자에 관한 정보/Informacje o świadczeniobiorcach równouprawnionych

* 귀하를 포함하여 동순위 수급권자가 2 인 이상인 경우에만 기재하십시오./ Należy wypełnić tylko w przypadku dwóch lub więcej świadczeniobiorców równouprawnionych, wliczając siebie samego/ą.

a) 동순위 수급권자 수 / Liczba świadczeniobiorców równouprawnionych: 명/Osób

* 동순위 수급권자 : 19 세 미만 유족 자녀,법정지급연령 이상 유족 부모 등/

Świadczeniobiorcy równouprawnieni: żyjące dzieci w wieku do 19 lat, żyjący rodzice w wieku powyżej ustawowego wieku podjęcia wypłaty itp.

b) 귀하가 동순위 수급권자의 대표자로 선정되었을 경우 아래 사항을 기재하시고, 다른 동순위 수급권자의 신분증 사본을 첨부하십시오./ Jeżeli jest Pan(i) wyznaczonym(a) przedstawicielem(ką) świadczeniobiorców równouprawnionych, należy wypełnić poniższą tabelę i załączyć kopię dowodu osobistego dla każdego innego świadczeniobiorcy równouprawnionego.

성명/ Nazwisko i imiona		생년월일(한국 주민등록 번호)/Data urodzenia (lub koreański Numer Rejestracyjny Zamieszkania)	주소 / Adres	가입자와의 관계/ Stopień pokrewieństwa z osobą ubezpieczoną	서명/ Podpis
이름/ Imiona	성/Ostatnie				
이름/ Imiona	성/Ostatnie				
이름/ Imiona	성/Ostatnie				

3. 귀하는 가입자 사망에 대해 한국의 산업재해보상보험법, 근로기준법 또는 선원법에 의한 급여를 받았습니까?

Czy otrzymywał(a) Pan(i) rentę rodzinną z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej na podstawie koreańskiej ustawy o ubezpieczeniu odszkodowawczym z tytułu wypadków przy pracy, koreańskiej ustawy o standardach pracy lub koreańskiej ustawy o marynarzach?

예/ Tak 아니오 / Nie

4. 가입자가 제 3 자의 가해로 사망한 경우, 귀하는 제 3 자로부터 손해배상금을 받았습니까?

Jeżeli zgon osoby ubezpieczonej spowodowany był przez osobę trzecią, czy Pan(i) otrzymał(a) od niej rekompensatę (odszkodowanie)?

“예”라면, 받은 배상금액/

예/Tak Jeżeli “Tak”, należy podać kwotę otrzymanej rekompensaty (odszkodowania) _____ KRW

아니오/Nie

_____ KRW

_____ USD

5. 제 3 자에 관한 정보/ Informacje o osobie(ach) trzeciej(ch)

* 제 3 자가 2 인 이상일 경우에는 별지에 아래 사항을 기재하십시오./Jeżeli “osoby trzecie” są dwie lub więcej, należy podać określone poniżej informacje na osobnej kartce.

a) 개인일 경우/W przypadku osoby

성명	이름/Imiona	성/Ostatnie	생년월일 (한국주민등록번호)/
----	-----------	------------	------------------

Nazwisko i imiona		Data urodzenia (lub koreański Numer Rejestracyjny Zamieszkania)	
주소/ Adres			
전화번호/ Numer telefonu		전자우편주소/ Adres e-mail	

b) 법인일 경우 / W przypadku firmy

법인명/ Nazwa firmy		사업자 등록번호/ Numer rejestracyjny firmy lub REGON	
법인주소/ Adres firmy			
전화번호/ Numer telefonu		전자우편주소/ Adres e-mail	

F. 일시금 지급청구/WNIOSEK O ŚWIADCZENIE RYCZAŁTOWE

1. 일시금 지급청구 사유는 무엇입니까? / Jaka jest przyczyna złożenia wniosku o świadczenie ryczałtowe?

- 가입자 사망/ Zgon osoby ubezpieczonej 60 세 도달/ Osiągnięcie wieku 60 lat
 국적상실(국외이주)/Zrzeczenie się obywatelstwa koreańskiego (Emigracja z Korei)

2. 가입자가 사망한 경우에만 기재하십시오. / Należy wypełnić tylko w przypadku zgonu osoby ubezpieczonej

a) <input type="checkbox"/> 사망일/Data zgonu <input type="checkbox"/> 사망 추정일/Przypuszczalna data zgonu	월/M 일/D 년/R
b) <input type="checkbox"/> 사망장소/Miejsce zgonu <input type="checkbox"/> 사망 추정장소/Przypuszczalne miejsce zgonu	
c) 사망원인/ Przyczyna zgonu	<input type="checkbox"/> 질병/Choroba <input type="checkbox"/> 사고/Wypadek <input type="checkbox"/> 기타/Inna ()

d) 사망경위(질병의 경우 병력을 포함하십시오)/Ogólne informacje dotyczące przyczyny zgonu (włącznie z czasem trwania choroby, jeżeli przyczyną zgonu była choroba)

3. 동순위 수급권자에 관한 정보/Informacje o świadczeniobiorcach równouprawnionych

- * 귀하를 포함하여 동순위 수급권자가 2 인 이상인 경우에만 기재하십시오./Należy wypełnić tylko w przypadku dwóch lub więcej świadczeniobiorców równouprawnionych, wliczając siebie samego(a).

a) 동순위 수급권자 수/ Liczba świadczeniobiorców równouprawnionych: 명/Osób

* 가입자 사망에 의한 반환일시금의 동순위 수급권자 : 19 세 미만 유족 자녀, 법정지급연령 이상 유족 부모 등

Świadczeniobiorcy równouprawnieni do refundacji ryczałtowej z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej: żyjące dzieci w wieku do 19 lat, żyjący rodzice w wieku powyżej ustawowego wieku podjęcia wypłaty itp.

* 가입자 사망에 의한 사망일시금의 동순위 수급권자 : 19 세 이상 유족 자녀, 법정지급연령 미만 유족 부모, 형제 자매 등

Świadczeniobiorcy równouprawnieni do świadczenia ryczałtowego z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej: żyjące dzieci w wieku powyżej 19 lat, żyjący rodzice w wieku do ustawowego wieku podjęcia wypłaty, rodzeństwo itp.

b) 귀하가 동순위 수급권자의 대표자로 선정되었을 경우 아래 사항을 기재하시고, 다른 동순위 수급권자의 신분증 사본을 첨부하십시오/ Jeżeli jest Pan(i) przedstawicielem(ką) świadczeniobiorców równouprawnionych, należy wypełnić poniższą tabelę i załączyć kopię dowodu osobistego dla każdego innego świadczeniobiorcy równouprawnionego.

성명 / Nazwisko i imiona		생년월일 (한국 주민등록번호)/ Data urodzenia (lub koreański Numer Rejestracyjny Zamieszkania)	주 소/Adres	서명 / Podpis
이름/ Imiona	성/Ostatnie			
이름/Imiona	성/Ostatnie			
이름/ Imiona	성/Ostatnie			

4. 확인사항/Potwierdzenie

* 반환일시금을 지급 받으면 노령연금, 장애연금 또는 유족연금 또는 사회보장협정에 의한 급여를 지급 받을 수 없게 된다는 사실을 알고 있음에도 불구하고 반환일시금을 청구하고자 합니다. / Wyrażając zgodę na pobieranie refundacji ryczałtowej, rozumiem, że nie mogę pobierać emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinnej, ani innego świadczenia na podstawie Umowy o zabezpieczeniu społecznym.

수급권자 성명/Nazwisko świadczeniobiorcy

서명/ Podpis:

G. 급여수급 방법/SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

* 계좌이체의 경우 청구인의 성명 및 계좌번호를 포함한 계좌증빙서류를 제출하십시오/Należy przedłożyć zaświadczenie banku lub wzór czeku zawierający nazwisko wnioskodawcy i numer konta w przypadku wypłaty bezpośredniej.

* 계좌명이는 청구인의 이름과 동일해야 합니다. /Konto musi być założone na nazwisko wnioskodawcy.

☐ 한국 내 통장 계좌이체/ Wypłata bezpośrednia (tylko do banku koreańskiego)		해외송금/ Wypłata za granicę	
		☐ 수표 (한국 외 주소)/ Czek (na adres inny niż koreański)	☐ 한국 외 통장 계좌이체/ Wypłata bezpośrednia (do banku innego niż koreański) *금융기관명 및 계좌번호를 아래에 기재하십시오./ Poniżej należy podać instytucję finansową i numer konta.
은행명/ Nazwa banku		수표수취 희망주소 / Adres, na który przekazywane będą czeki	지급상대국/ Państwo
계좌번호/ Numer konta			은행 & 지점명/ Nazwa banku i oddziału
			은행 & 지점 코드/ Kod banku i oddziału
			은행주소/ Adres banku

예금주/ Właściciel konta	* 사서함은 기재하지 마십시오./ Numer skrytki pocztowej nie jest akceptowany	계좌번호/ Numer konta	
		예금주/ Właściciel konta	

송금희망화폐 / Wybrana waluta dla wyплаты	* 송금희망화폐는 아래의 통화 중에서 선택하셔야 합니다./ _____ Spośród podanych niżej walut należy wybrać jedną, w której dokonywane będą wypłaty.									
	국 가	통 화	국 가	통 화	국 가	통 화	국 가	통 화	국 가	통 화
	미 국	USD	캐나다	CAD	호 주	AUD	뉴질랜드	NZD	노르웨이	NOK
	일 본	JPY	스위스	CHF	홍 콩	HKD	덴 마 크	DKK	태 국	THB
영 국	GBP	스웨덴	SEK	유 로	EUR	싱가포르	SGD	인 도	INR	
* 다만, 부득이한 경우 선택한 통화대신 “USD”로 송금될 수 있습니다./ W niektórych nieuniknionych okolicznościach wypłata może być dokonana w USD zamiast w wybranej walucie. * 인도 루피화로 희망시 이중통화수수료(건당 20 불)는 수급자 본인이 부담하며 IFSC 와 PIN CODE 필요 Jeżeli wybierze Pan(i) INR, zostanie Pan(i) obciążony(a) międzywalutową opłatą bankową (20 USD dla sprawy) i wymagane będą kody IFSC i PIN.										

해외송금 규정요약/ Ogólne zasady i warunki wypłaty świadczeń za granicę	<p>1. 수급권자 본인이 청구하는 경우는 해외송금방법에 의하여 수급권자 본인에게 지급하고 국내거주 대리인이 청구하는 경우는 본인 또는 대리인에게 지급합니다./ Świadczenie, o które osoba zainteresowana wnioskuje za granicą, będzie przekazywane bezpośrednio do świadczeniobiorcy. Jeżeli w imieniu świadczeniobiorcy za granicą wniosek o świadczenie składa pełnomocnik w Korei, świadczenie będzie wypłacane świadczeniobiorcy lub pełnomocnikowi.</p> <p>2. 급여를 해외 송금할 경우 전신송금환을 원칙으로 하고 수급권자가 원할 경우 송금수표도 인정하되, 송금수수료 및 국제전신료, 국외은행수수료 등 해외 송금비 중 전신송금환에 따르는 송금수수료 및 국제전신료(또는 송금수표 송부에 따르는 송금수수료 및 우편요금)는 한국 국민연금공단이 부담하고 그 이외의 송금비용은 수급권자 본인이 부담하게 됩니다. 다만, 수급권자의 계좌불명 등 본인의 과실에 의한 송금수수료 및 국제전신료(또는 송금수표 송부에 따르는 송금수수료 및 우편요금)는 수급권자 본인이 부담하게 됩니다./ W przypadku wypłaty za granicę wypłata ta dokonywana będzie przede wszystkim drogą bezpośrednią. Na życzenie świadczeniobiorcy wypłata może być również dokonywana czekiem. Odnosnie kosztów wypłaty za granicę, takich jak koszty transferu, koszty SWIFT i koszty opłat banków zagranicznych, to Krajowy Zakład Emerytalny Korei będzie pokrywał koszty transferu oraz koszty SWIFT w przypadku wypłaty bezpośredniej (lub koszty transferu i opłaty pocztowe w przypadku czeków), świadczeniobiorca natomiast będzie obciążony pokryciem kosztów transferu i kosztów banków zagranicznych (lub kosztów transferu i opłatami pocztowymi w przypadku czeków), jeżeli z winy świadczeniobiorcy nie będzie możliwe zidentyfikowanie jego konta.</p> <p>3. 급여를 해외송금 할 경우 급여액은 고시통화 중에서 수급권자가 지정한 화폐 또는 US 달러로 지급하되 그 당시 환율(전신환매도율)에 의하여 지급합니다./ Świadczenie będzie wypłacane w walucie wybranej przez świadczeniobiorcę z listy walut lub w USD. Kursem wymiany walut będzie bezpośredni depozytowy kurs sprzedaży z dnia wypłaty.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

H. 급여유형별 첨부서류/WYMAGANE DOKUMENTY W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU ŚWIADCZENIA

청구인은 서류 원본 또는 확인된 사본을 제출해야 합니다./

Wnioskodawca powinien dołączyć dokumenty w oryginale lub ich kopie poświadczone za zgodność.

<p>공통서류/ Dokumenty do wszystkich świadczeń</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 청구인의 신분증명 : 한국 주민등록증/외국인등록증 및 여권 Dowody dotyczące identyfikacji wnioskodawcy: koreańska karta rejestracyjna zamieszkania /karta rejestracyjna cudzoziemca lub paszport - 수급권자의 은행계좌 증빙서류 : 수급권자 본인의 은행통장 사본 등 Dowody dotyczące konta bankowego świadczeniobiorcy: kopia książeczki bankowej świadczeniobiorcy itp. - 대리청구의 경우 대리권한에 관한 증빙서류 : 신분증 등 Dowody dotyczące upoważnienia w przypadku złożenia wniosku przez pełnomocnika: dowód osobisty.
<p>연금공통 (일시금제외)/ Dokumenty do wszystkich świadczeń z wyjątkiem świadczeń zryczałtowanych</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 청구인의 거주지를 증명할 수 있는 서류 : 대한민국 내 거주시에는 주민등록등본 또는 외국인등록사실 증명원 등, 국외거주 시에는 해당국의 거주사실 증명 Dokument potwierdzający zamieszkanie wnioskodawcy(ów): W przypadku zamieszkania w Korei – zaświadczenie rejestracji zamieszkania lub zaświadczenie o rejestracji cudzoziemca. W przypadku zamieszkania w innym państwie – dokument o zamieszkanui w tym państwie. - 가입자의 배우자에 관한 생계유지 및 신분관계 입증서류 : 가족관계증명서 또는 결혼증명서 또는 사실혼 증명/ Dowód potwierdzający fakt, że małżonek(ka) pozostawał(a) na utrzymaniu osoby ubezpieczonej oraz dowód potwierdzający status związku: kopia rejestru spisu rodzinnego lub akt małżeństwa, koreańskie zaświadczenie rejestracji zamieszkania i kopia rejestracji związku rodzinnego lub dokument związku małżeńskiego według prawa zwyczajowego - 가입자의 자녀에 관한 생계유지 및 신분관계 입증서류 : 가족관계증명서, 출생증명서, 세례증명서 등/ Dowód potwierdzający, że dzieci ubezpieczonego były przez niego/nią utrzymywane oraz dowód potwierdzający status związku: kopia rejestru spisu rodzinnego, akt urodzenia, czy świadectwo chrztu. - 배우자 및 자녀를 제외한 가입자의 피부양자에 관한 생계유지 및 신분관계 입증서류 : 가족관계증명서, 피부양자의 출생증명서, 세례증명서, 또는 한국 주민등록등본, 그리고 18 세 이상 피부양 장애자녀와 법정지급연령 미만 피부양 장애 부모의 경우 장애증명/ Dowód, że osoby zależne inne niż małżonka(ek) i dzieci pozostawały na utrzymaniu osoby ubezpieczonej, a także dowód potwierdzający status związku: kopia rejestru spisu rodzinnego, akt urodzenia lub akt chrztu albo koreańskie zaświadczenie rejestracji zamieszkania dla każdego zależnego pozostającego na utrzymaniu osoby ubezpieczonej, a także dowód niezdolności dla dzieci w wieku powyżej 18 lat dotkniętych ciężką niepełnosprawnością lub rodziców do ustawowego wieku wypłaty dotkniętych ciężką niepełnosprawnością, i którzy pozostają na utrzymaniu osoby ubezpieczonej.
<p>분할연금인 경우 / Tylko do emerytury dzielonej</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 청구인이 노령연금 수급권자의 배우자이었음을 증명할 수 있는 서류 : 결혼증명서 등 Dowód, że wnioskodawca był(a) małżonkiem(a) osoby pobierającej emeryturę: akt małżeństwa itp. - 청구인이 노령연금 수급권자와 이혼하였음을 증명할 수 있는 서류 : 이혼증명서 등 Dowód, że wnioskodawca był rozwiedziony(a) z osobą pobierającą emeryturę: zaświadczenie o rozwodzie itp.
<p>장애연금인 경우 / Tylko do renty z tytułu niezdolności do pracy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 가입자의 장애인단서(PL-KR 5A) Raport medyczny dotyczący niezdolności osoby ubezpieczonej (PL-KR 5A)
<p>유족연금인 경우 / Tylko do renty rodzinnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (사망한) 가입자의 신분증명 : 한국 주민등록증, 외국인등록증 또는 여권 등 Dowód dotyczący identyfikacji (zmarłej) osoby ubezpieczonej: koreańska karta rejestracyjna zamieszkania, karta rejestracyjna cudzoziemca lub paszport - 사망증명서 / Akt zgonu - 가족관계증명서/ Kopia rejestru spisu rodzinnego - 귀하가 동순위 수급권자의 대표자로 선정된 경우 다른 동순위 수급권자의 신분증 사본/ Jeżeli został(a) Pan(i) wyznaczony(a) do reprezentowania innego świadczeniobiorcy równouprawnionego, kopia dowodu osobistego za każdego świadczeniobiorcę.

일시금인
경우/ Tylko do
świadczenia
zryczałowanego

- 가입자 사망의 경우 : 유족연금 제출서류와 동일
W przypadku zgonu osoby ubezpieczonej: dokumenty takie same, jak do renty rodzinnej
- 국외이주의 경우 : 영구 출국사실을 증명할 수 있는 서류 (예 : 비행기 티켓 또는 출입국사실증명)
W przypadku emigracji z Korei: dokument dotyczący wyjazdu na stałe z Korei (np. bilet lotniczy, dowód wjazdu i wyjazdu z Korei itp.)

I. 청구인의 서명란/ PODPIS WNIOSKODAWCY

본인은 한국 국민연금법의 규정에 따라 위와 같이 급여를 청구하며 본 청구서에 기재된 정보가 사실임을 확인합니다. 본인은 허위 또는 불법적인 방법으로 한국급여를 지급 받은 자는 한국 국민연금법에 따라 그 수급권이 없는 지급금액을 반환하여야 할 뿐만 아니라 한국 국민연금법에 따라 처벌 받을 수 있다는 것을 알고 있습니다.

또한 본인은 해외송금을 신청함에 있어 한국 국민연금공단에서 정한 해외송금규정을 숙지하고 그 내용에 따를 것을 확인합니다.

본인은 본 급여청구서와 관련되거나 관련될 수 있는 모든 정보와 증거를 폴란드 사회보장기관에 제공하도록 한국 국민연금공단에 위임하며, 또한 본 급여청구서와 관련되거나 관련될 수 있는 모든 정보와 증거를 한국 국민연금공단에 제공하도록 폴란드 사회보장기관에 위임합니다.

Niniejszym składam wniosek o świadczenie wyżej zaznaczone na podstawie przepisów koreańskiej ustawy o krajowych emeryturach. Oświadczam, że informacje podane we wniosku są prawdziwe. Wiem, że każdy, kto pobiera koreańskie świadczenia przyznane na podstawie fałszywych danych i uzyskane nielegalną drogą, podlega karze zgodnie z koreańską ustawą o krajowych emeryturach, włącznie z obowiązkiem zwrotu bezprawnie pobranych świadczeń koreańskich.

Niniejszym oświadczam, że wnioskując o wypłatę za granicę, są mi znane ogólne zasady i warunki wypłaty za granicę świadczeń ustalonych przez koreański Krajowy Zakład Emerytalny i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Upoważniam koreański Krajowy Zakład Emerytalny do przekazania do polskich instytucji ubezpieczeniowych wszystkich informacji i dokumentów będących w jego posiadaniu, które dotyczą lub mogą dotyczyć mojego wniosku o świadczenia. Upoważniam również polskie instytucje ubezpieczeniowe do przekazania do koreańskiego Krajowego Zakładu Emerytalnego wszystkich informacji i dokumentów będących w ich posiadaniu, które dotyczą lub mogą dotyczyć mojego wniosku o świadczenia.

청구일

Data wniosku

월/M 일/D 년/R

청구인 서명

Podpis wnioskodawcy

J. 급여 청구서 작성시 참고사항 / INFORMACJA DOTYCZĄCA WYPEŁNIENIA WNIOSKU

- 1) 법정지급연령 및 국민연금 수급연령(2013 년부터 적용) / Ustawowy wiek podjęcia wypłaty i wiek emerytalny (od 2013 r.)

출생연도 Rok urodzenia	1953~1956	1957~1960	1961~1964	1965~1968	po 1969 r.
노령연금 Emerytura	wiek 61	wiek 62	wiek 63	wiek 64	wiek 65
(조기)노령연금 Wcześniejsza emerytura	wiek 56	wiek 57	wiek 58	wiek 59	wiek 60

- 2) 19 세 미만(수급사유 발생일이 2012. 4.1 일 이후부터 적용)

Mniej niż 19 lat (tylko kiedy data ustalenia prawa do świadczenia wypada po 1 kwietnia 2012 r.)

- 3) 법정지급연령에 5 세를 더한 연령 (2013 년부터 적용) /

Ustawowy wiek podjęcia wypłaty zwiększony o 5 lat (od 2013 r.)

출생연도/ Rok urodzenia	1953~1956	1957~1960	1961~1964	1965~1968	po 1969 r.
법정지급연령에 5 세를 더한 연령/ Ustawowy wiek podjęcia wypłaty zwiększony o 5 lat	wiek 66	wiek 67	wiek 68	wiek 69	wiek 70