

adres jednostki ZUS i numer świadczenia
Endereço da unidade da ZUS e número do benefício

OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ, O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY DECLARAÇÃO DE UMA PESSOA A VIVER NO EXTERIOR, SOBRE O DIREITO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO DE VELHICE OU INVALIDEZ POLACA

Instrukcja wypełnienia / Instruções de preenchimento

Mieszkaś za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / Vives no estrangeiro e recibes pensão da ZUS? Graças a esta declaração, ainda poderemos pagar-lhe a sua pensão.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Preencha com LETRAS MAIÚSCULAS.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Preencha em preto ou azul (não à lápis).
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). / Preencha as seções „Seus dados (beneficiário)” e „Declaração” e depois assine. Se não conseguir assinar o formulário (por exemplo, porque está com o braço quebrado), a assinatura pode ser feita pelo tutor responsável por si (os detalhes são explicados nas informações anexadas à declaração).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / A seção „Certificação de assinatura” é preenchida por uma pessoa ou instituição que irá atestar a autenticidade da assinatura feita por si ou seu tutor.

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.

Importante! Envie-nos de volta a declaração assinada para o endereço indicado no canto superior esquerdo <até o dia X/dentro de Y dias após o recebimento deste formulário>. Se não o fizer, teremos que suspender seu pagamento até recebermos este formulário.

Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Seus dados (beneficiário)

PESEL PESEL	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Tipo, série e número do documento de confirmação de identidade	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Informar se não tiver um número PESEL
Data urodzenia Data de nascimento	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / rrrr dd / mm / aaaa Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Informar se não tiver um número PESEL
Imię Nome	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nazwisko Apelido	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Imię ojca Nome do pai	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<small>Dodatkowa informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać / Informações adicionais que nos ajudarão a identificá-lo. Não é obrigada a informar</small>

Twój adres zamieszkania / Seu endereço residencial

Ulica Rua	<input type="text"/>		
Numer domu Número	<input type="text"/>	Numer lokalu Complemento	<input type="text"/>
Kod pocztowy Cód. Postal	<input type="text"/>	Miejscowość Concelho	<input type="text"/>
Nazwa państwa País	<input type="text"/>		

Oświadczenie / Declaração

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Eu confirmo com minha própria assinatura que

nadal mam / continuo a ter

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma / a pessoa indicada na seção „Seus dados (beneficiário)” tem

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Marcar se és a pessoa autorizada e responsável de facto pelo beneficiário.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.
o direito de receber a pensão da ZUS.

Data
Data

<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	/	aaaa			

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Assinatura do beneficiário ou da pessoa autorizada e responsável de facto pelo beneficiário.

Poświadczenie podpisu / Certificação de assinatura

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. / A ser preenchido por uma repartição pública competente ou uma pessoa autorizada a certificar a autenticidade de assinaturas no país onde vives, por exemplo, um notário, instituição de previdência social ou um funcionário autorizado de um posto diplomático ou consular polaco.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Confirmo a autenticidade da assinatura feita pelo beneficiário ou por uma pessoa autorizada e responsável de facto pelo beneficiário.

Miejscowość
Local

<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	/	aaaa			

Data
Data

Podpis i pieczęć
Carimbo e assinatura

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>

As informações a que se refere o art. 13 par. 1 e 2 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, sobre a proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, e que revoga a Diretiva 95/46/CE (RGPD), estão disponíveis na sede ou unidades organizacionais de campo da Instituição de Seguro Social e no site da ZUS em: <https://bip.zus.pl/rodo>

INFORMACJA

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

INFORMAÇÕES

**para a declaração de uma pessoa a viver no exterior,
sobre o direito de recebimento de pensão de velhice
ou invalidez polaca**

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. Por que enviamos a declaração e o que precisa fazer com ela

Estamos a enviar a declaração porque está a receber uma pensão de velhice ou invalidez polaca e vive no estrangeiro. Por favor, preencha e assine-a para que possamos continuar a pagar o benefício. A autenticidade da sua assinatura deve ser certificada por uma pessoa autorizada (ver item 4). Envie o formulário assinado e certificado, dentro do prazo, para o endereço indicado na primeira página.

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. Por que precisa preencher o formulário

De acordo com os regulamentos polacos [1], o direito aos benefícios do ZUS cessa:

- 1) quando uma das condições exigidas para a obtenção desse direito deixar de existir,
- 2) com o falecimento do titular.

É o responsável por confirmar que tem direito a continuar a receber este benefício.

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. O que fazer quando um aposentado não pode assinar a declaração e és quem cuida dele

Se és o guardião de fato do beneficiário que não pode assinar a declaração, podes confirmar que ele permanece com o direito de receber o benefício. Neste caso, assine sua própria assinatura [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. Quem deve certificar a sua assinatura

Sua assinatura deve ser certificada por:

- uma repartição pública competente ou uma pessoa autorizada a certificar assinaturas no país onde vives, por exemplo, um notário;
- um funcionário autorizado de um posto diplomático ou consular polaco;
- um funcionário autorizado da instituição de previdência social, se a lei nacional de onde vives assim o permitir.

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. O que acontece se não nos enviar a declaração

Se você não nos enviar esta declaração, emitiremos uma decisão que suspenderá o pagamento de sua pensão. Suspendemos o pagamento [3]:

- a partir do mês em que emitirmos a decisão sobre o assunto ou
- a partir do mês seguinte se não pudermos suspende-lo antes.

Começaremos a pagar a si o benefício a partir do mês em que enviar a declaração devidamente preenchida ao nosso serviço [4].

Ważne!

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

Importante!

Informe-nos o mais rápido possível se seus dados tiverem mudado, por exemplo, o número da sua conta bancária ou endereço.

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.

Base legal

[1] Art. 101 da Lei de 17 de dezembro de 1998 relativa às pensões de velhice e por invalidez do Fundo de Seguro Social (Diário Oficial da União de 2020, item 53, com alterações), a seguir designada Lei de Pensões.

[2] Art. 128 par. 1 e par. 2 da Lei de Pensões.

[3] Art. 134 par. 1 inciso 2 e par. 2 inciso 2 da Lei de Pensões.

[4] Art. 135 par. 1 da Lei de Pensões.