

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O EMERYTURĘ DLA OSÓB, KTÓRE UBIEGAJĄ SIĘ O EMERYTURĘ Z ZAGRANICZNEJ INSTYTUCJI PAŃSTW UE/EFTA

Instrukcja wypełniania

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane wnioskodawcy

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd	/ mm				/ rrrr		

Adres e-mail

Podaj adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie
Numer rachunku bankowego w Polsce w standardzie IBAN dla potrzeb instytucji zagranicznej

P	L																																							
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Międzynarodowy identyfikator banku
w formacie BIC/SWIFT:

Nazwa i adres banku

Imię i nazwisko właściciela rachunku

Zagraniczne numery ubezpieczenia:

1. Państwo

Numer identyfikacyjny ubezpieczenia

2. Państwo

Numer identyfikacyjny ubezpieczenia

3. Państwo

Numer identyfikacyjny ubezpieczenia

4. Państwo

Numer identyfikacyjny ubezpieczenia

5. Państwo

Numer identyfikacyjny ubezpieczenia

Stan cywilny

Kawaler/ panna, konkubinat, żonaty/ zamężna, w separacji, po rozwodzie,
ponowne małżeństwo, wdowiec/ wdowa, związek partnerski

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Nazwisko i imię ojca

Nazwisko rodowe i imię matki

Prowadzę działalność gospodarczą TAK NIE

Zamierzam przestać prowadzić działalność gospodarczą od
dd / mm / rrrr

Oświadczam, że nie uzyskuję przychodów

uzyskuję przychód w miesięcznej wysokości

Dane członków rodziny

Dane dotyczą: małżonki/ małżonka konkubiny/ konkubenta partnerki/ partnera w związku partnerskim

Imię i nazwisko

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Adres

Podaj, jeśli osoba ta mieszka pod innym adresem niż Ty

Członek rodziny

1. nie pracuje pracuje i osiąga przychód roczny w wysokości:

2. nie pobiera emerytury lub renty pobiera emeryturę lub rentę:

Rodzaj i numer świadczenia

Instytucja wypłacająca

Miesięczna wysokość świadczenia

3. nie pobiera innych świadczeń pobiera inne świadczenia:

Rodzaj świadczenia
np. zasiłek dla bezrobotnych, zasiłek macierzyński

Miesięczna wysokość świadczenia

4. nie uzyskuje innych przychodów uzyskuje inne przychody:

Rodzaj

Miesięczna wysokość

Dane dotyczące dzieci

1. Imię i nazwisko

Płeć
(K – kobieta/ M – mężczyzna)

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Stopień pokrewieństwa: własne adoptowane przybrane

2. Imię i nazwisko

Płeć
(K – kobieta/ M – mężczyzna)

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Stopień pokrewieństwa: własne adoptowane przybrane

3. Imię i nazwisko

Płeć
(K – kobieta/ M – mężczyzna)

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Stopień pokrewieństwa: własne adoptowane przybrane

4. Imię i nazwisko

Płeć
(K – kobieta/ M – mężczyzna)

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Stopień pokrewieństwa: własne adoptowane przybrane

5. Imię i nazwisko

Płeć
(K – kobieta/ M – mężczyzna)

Data urodzenia / /
dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Stopień pokrewieństwa: własne adoptowane przybrane

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data / /
dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>