

adres jednostki ZUS i numer świadczenia  
address of ZUS unit and benefit number

**OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ,  
O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY  
STATEMENT OF A PERSON WHO RESIDES ABROAD  
ON THE RIGHT TO RECEIVE PENSION**

**Instrukcja wypełnienia / Instruction on how to fill in the form**

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / You reside abroad and receive pension from the ZUS? Thanks to this statement we will be able to still pay you pension.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Fill in in BLOCK LETTERS.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Fill in in black or blue colour (not pensil).
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). / Fill in the section „Your data (beneficiary)” and „Statement” and sign it on your own. If you cannot sign the form on your own (e.g. because you have a broken arm) the form can be signed by the person who actually takes care of you (details are explained in the information attached to the statement).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Section “Signature certification” is filled in by the person or institution who will certify the your own signature or carer’s signature.

**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.

**Important!** Send us back the signed statement to the address mentioned in left upper corner <until X/ in Y days from receiving the form>. If you fail to do so, we will have to cease the payment of your benefit until we receive the form.

**Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Your data (beneficiary)**

PESEL PESEL number	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Type, series and number of identification document	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Specify if you do not have PESEL number
Data urodzenia Date of birth	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / rrrr dd / mm / yyyy Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Specify if you do not have PESEL number
Imię First name	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nazwisko Surname	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Imię ojca Father’s name	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Dodatkowa informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać / Additional information which will help us to identify you. You do not need to provide it.

## Twój adres zamieszkania / Your residence address

Ulica Street	<input type="text"/>		
Numer domu House number	<input type="text"/>	Numer lokalu Apartment number	<input type="text"/>
Kod pocztowy Zip code	<input type="text"/>	Miejscowość City	<input type="text"/>
Nazwa państwa Name of country	<input type="text"/>		

## Oświadczenie / Statement

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / I confirm with my own signature that

nadal mam / I still have

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma / person mentioned in section „Your data (beneficiary)” have

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Thicken if you are the authorised person who actually take care of the beneficiary.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.  
the right to receive pension from the ZUS.

Data  
Date

<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	/	yyyy			

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Signature of the beneficiary or authorised person who actually takes care of the beneficiary.

## Poświadczenie podpisu / Certification of signature

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. / To be completed by the competent authority or person authorised to certify the own signature in the country where you reside e.g. notary public, social insurance institution or authorised employee of Polish diplomatic or consular unit.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / I certify the own signature of the beneficiary or authorised person who actually takes care of the beneficiary.

Miejscowość  
Place

<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	/	yyyy			

Data  
Date

Podpis i pieczęć  
Signature and stamp

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>

Information indicated in Article 13 (1) and (2) of the Regulation of the European Parliament and the Council (EU) No. 2016/679 of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (RODO) is available in the headquarters or regional organisational units of ZUS and on ZUS website under the following address: <https://bip.zus.pl/rodo>

---

# INFORMACJA

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

# INFORMATION

**to the statement of a person who resides abroad  
on the right to receive pension**

---

## **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. Why do we send you the statement and what do you need to do with it**

We send you the statement because you receive Polish pension and you reside abroad. Fill it in and sign so that we can still pay you the benefit. Your own signature has to be certified by the authorised person (see question 4). Send us back the signed and authorised form in the term and to the address mentioned on the first page.

## **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. Why do you need to fill in the form**

According to Polish provisions [1] the right to benefits from the ZUS ceases:

- 1) when one of the conditions required to obtain this right ceases,
- 2) with the death of the person entitled.

You have to certify that you have the right to further receive the benefit.

## **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. What do you need to do when a pensioner cannot sign the statement and you take care of him/her**

If you actually take care of the beneficiary who cannot sign the form on his/her own, you can certify the further right to receive the benefit, to do this sign it with your own signature [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. Who should certify your signature

Your signature has to be certified by:

- competent authority or a person authorised to certify the own signature in the country where you reside, e.g. notary public,
- authorised employee of Polish diplomatic or consular unit,
- authorised employee of social security institution, if it is allowed by the law of country where you reside.

## 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. What happens if you fail to send us the statement

If you fail to send us the statement, we will issue a decision which will stop the payment of your pension. We will suspend the payment [3]:

- from the month when we will issue a decision in this case or
- from the next month if we will not be able to suspend the payment earlier.

We will start the payment of the benefit from the month when you provide the properly filled in statement [4].

### Ważne!

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

### Important!

If your data has changed e.g. bank account number or address, please inform us as soon as possible.

## 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

## Legal basis

[1] Article 101 of the Act of 17 December 1998 on pensions from Social Insurance Fund (Journal of Laws of 2020, pos. 53 as amended), further referred to as pension act.

[2] Article 128 paragraph 1 and 2 of the pension act.

[3] Article 134 paragraph 1 point 2 and paragraph 2 point 2 of the pension act.

[4] Article 135 paragraph 1 of pension act.