

adres jednostki ZUS i numer świadczenia
adressen till socialförsäkringsmyndighetens enhet och förmånens nr

OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ, O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY FÖRKLARING AV PERSON SOM BOR UTOMLANDS OM RÄTT TILL POLSK PENSION ELLER LIVRÄNTA

Instrukcja wypełnienia / Så här fyller du i formuläret

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / Bor du utomlands och får pension eller livränta från den polska socialförsäkringsmyndigheten? Om du fyller i detta formulär kan vi fortsätta betala ut pension eller livränta till dig.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Fyll i med STORA BOKSTÄVER.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Skriv med svart eller blått (använd inte blyertspenna).
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). / Fyll i sektionerna ”Dina uppgifter (förmånstagaren) och ”Förklaring” och underteckna egenhändigt. Om du inte kan underteckna formuläret själv (t.ex. på grund av bruten arm) kan den undertecknas av personen som vårdar dig (läs informationen bifogad till förklaringen).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Sektionen ”Vidimering av underskrift” fylls i av personen eller institutionen som intygar att dokumentet är undertecknat av dig eller din vårdare.

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.

Viktigt! Skicka undertecknad förklaring till vår adress som finns i övre vänstra hörnet <senast X/inom Y dagar från den dag du fått detta formulär>. Om du inte gör det måste vi innehålla betalningar tills vi får detta formulär.

Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Dina uppgifter (förmånstagaren)

PESEL Personligt identifieringsnummer	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ID-handlingens typ, serie och nummer	<input type="text"/>
Data urodzenia Födelsedatum	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr dd / mm / åååå
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Uppges om du inte har något personligt identifieringsnummer
Imię Förnamn	<input type="text"/>
Nazwisko Efternamn	<input type="text"/>
Imię ojca Faderns namn	<input type="text"/>
	Dodatková informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać / Tilläggsupplysning som underlättar identifiering. Ej obligatoriskt

Twój adres zamieszkania / Din bostadsadress

Ulica Gatuadress	<input type="text"/>		
Numer domu Husnummer	<input type="text"/>	Numer lokalu Lägenhetsnummer	<input type="text"/>
Kod pocztowy Postnummer	<input type="text"/>	Miejscowość Ort	<input type="text"/>
Nazwa państwa Land	<input type="text"/>		

Oświadczenie / Förklaring

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Jag bekräftar med min namnteckning att

<input type="checkbox"/>	nadal mam / jag fortfarande har	<input type="checkbox"/>	osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma / personen som anges i sektionen ”Dina uppgifter (förmånstagaren)” fortfarande har
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Kryssa i om du vårdar förmånstagaren.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.
rätt att erhålla pension eller livränta från den polska försäkringsmyndigheten.

Data Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dd	/	mm	/	rrrr		aaaa
	dd	/	mm	/	aaaa		aaaa

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Förmånstagarens eller vårdarens underskrift.

Poświadczenie podpisu / Vidimering av underskrift

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. / Fylls i av behörig myndighet eller personen som har behörighet att intyga att underskriften är egenhändig i landet där du bor, t.ex. notarius publicus, socialförsäkringsmyndighet eller en behörig anställd vid en polsk diplomatisk beskickning eller ett polskt konsulat.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Jag bekräftar härmed att förmånstagarens eller den behöriga vårdarens underskrift är egenhändig.

Miejscowość
Ort

<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		aaaa	
dd	/	mm	/	aaaa		aaaa	

Data
Datum

Podpis i pieczętka
Underskrift och stämpel

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>

De uppgifter som avses i artikel 13, stycke 1 och 2 i Europaparlamentets och Rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), finns tillgängliga i centralen eller den polska socialförsäkringsmyndighetens filialer samt på dessa webbsida: <https://bip.zus.pl/rodo>

INFORMACJA

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

INFORMATION

**till förklaring av person som bor utomlands
om rätt till polsk pension eller livränta**

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. Varför skickar vi denna förklaring till dig och vad behöver du göra

Vi skickar denna förklaring eftersom du erhåller polsk pension eller livränta och bor utomlands. Fyll i och underteckna den så att vi kan fortsätta med betalningar. Din underskrift behöver vidimeras av en behörig person (se: fråga 4). Skicka undertecknat och vidimerat formulär inom angiven tid och till den adress som anges på den första sidan.

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. Varför behöver du fylla i formuläret

Enligt polsk lagstiftning [1] upphör rätten till förmåner från den polska socialförsäkringsmyndigheten i följande fall:

- 1) ett av villkoren avseende denna rätt inte uppfylls längre,
- 2) den berättigade personen har dött.

Du behöver bekräfta att du följande har rätt till denna förmån.

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 złożź własnoręczny podpis [2].

3. Vad ska du göra om du vårdar en person som erhåller pension eller livränta och inte kan underteckna förklaringen

Du som vårdar en förmånstagare som inte är i stånd att underteckna handlingen själv kan bekräfta att han eller hon har rätt att fortsätta erhålla förmånen genom att underteckna handlingen istället för personen du vårdar. [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. Vem ska vidimera din underskrift

Din underskrift ska vidimeras av:

- behörig myndighet eller person som har behörighet att vidimera underskrifter i landet där du bor, t.ex. notarius publicus,
- en behörig anställd vid en polsk diplomatisk beskickning eller ett polskt konsulat,
- en behörig anställd vid socialförsäkringsmyndighet om detta är tillåtet enligt lagstiftningen i landet där du bor.

5. Co się stanie, jeśli nie dostarczysz nam oświadczenia

Jeśli nie przekażesz nam tego oświadczenia, wydamy decyzję, która wstrzyma wypłatę Twojej emerytury albo 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. Vad händer om du inte skickar tillbaka förklaringen

Om du inte skickar denna förklaring till oss beslutar vi att innehålla din pension eller livränta. Betalningar stoppas [3]:

- från den månad då vi fattat beslutet ifråga eller
- från månaden därpå om vi inte kan stoppa tidigare betalningar.

Vi betala dina förmåner igen den månad då du lämnar in korrekt ifyllt formulär [4] till vårt kontor.

Ważne!

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

Viktigt!

Har dina uppgifter, t.ex. bankkontonummer eller adress ändrats, ska du informera oss så fort som möjligt.

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.

Lagrum

[1] Artikel 101 i lagen av den 17 december 1998 om pensioner och livräntor från den polska socialförsäkringsmyndigheten (Polsk författningssamling år 2020, punkt 53 med ändringar), vidare kallad pensionslagen.

[2] Artikel 128, stycke 1 och stycke 2 i pensionslagen.

[3] Artikel 134 stycke 1 stycke 2 och stycke 2 punkt 2 i pensionslagen.

[4] Artikel 135 stycke 1 i pensionslagen.