

Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami i zwrócić pod niżej wskazany adres jednostki ZUS:

**W terminie:**

*Rellenar con letras mayúsculas y enviar a la dirección de la unidad del ZUS:*

**Antes del:**

Zakład Ubezpieczeń Społecznych  
Oddział ZUS w .....

Adres  
Adres  
Numer świadczenia

Pan(i)  
Imię i nazwisko  
Adres  
Adres  
Adres  
Adres

**OŚWIADCZENIE EMERYTA / RENCISTY ZAMIESZKAŁEGO ZA GRANICĄ  
O ISTNIENIU DALSZEGO PRAWA DO POBIERANIA ŚWIADCZENIA**

*/ DECLARACIÓN DEL JUBILADO / PENSIONISTA CON DOMICILIO EN EL EXTRANJERO SOBRE LA  
MANTENIMIENTO DE SU DERECHO A LA PRESTACIÓN /*

**I. DANE IDENTYFIKACYJNE EMERYTA/RENCISTY / DATOS DEL JUBILADO/PENSIONISTA /**

01. Imię i Nazwisko / Nombre y apellidos

02. Imię ojca / Nombre del padre

03. Data urodzenia(dd/mm/rrrr) / fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

**II. ADRES ZAMIESZKANIA (państwo, kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu/lokalu itp.)**

*/ DIRECCIÓN (país, código postal, municipio, calle, número /portal/escalera/piso etc.) /*

**III. Oświadczenie / Declaración /**

**Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że nie wystąpiły okoliczności uzasadniające ustanie prawa do świadczenia z ZUS:**

*/ Declaró y ratifico con mi propia firma que no ha concurrido ninguna circunstancia para el cese de mis derechos a las prestaciones percibidas del ZUS /*

Data złożenia podpisu (dd/mm/rrrr)  
/ Fecha de la firma (dd/mm/aaaa) /



Podpis emeryta lub rencisty albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad emerytem/rencistą  
*/ Firma del jubilado/pensionista o de la persona autorizada, la que tenga a su cargo al jubilado/pensionista /*

*Ważne: Własnoręczność złożonego podpisu musi zostać poświadczona w punkcie IV przez upoważnioną instytucję/osobę (patrz pkt 3 Pouczenia).  
Importante: la firma ha de ser legalizada en el punto IV por un organismo autorizado/persona autorizada (ver punto 3 de las instrucciones).*

**IV. Wypełnia instytucja/osoba upoważniona do dokonywania poświadczenia podpisu (patrz pkt 3 Pouczenia)**

*/ A cumplimentar por la entidad/persona autorizada a legalizar la firma (ver punto 3 de las instrucciones) /*

Potwierdzam, własnoręczność podpisu złożonego w punkcie III formularza:

*/ Certifico la autenticidad de la firma situada en el punto III de este formulario: /*

Miejscowość / En /

Data: dd/mm/rrrr/A: Fecha: a dd/mm/aaaa/

Podpis i stempel / Firma y sello /

**POUCZENIE  
/ INSTRUCCIONES /**

1. Na podstawie art. 101 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 1440 ze zm.), **prawo do świadczeń ustaje:**
- 1) gdy ustanie którykolwiek z warunków wymaganych do uzyskania tego prawa,
  - 2) **ze śmiercią osoby uprawnionej.**

*En virtud al art. 101 de la ley de 17 diciembre de 1998 sobre jubilaciones y pensiones del Fondo de la Seguridad Social (BOE del 2013, ítem 1440 actualizado) el derecho a la prestación cesa:*

- 1) *en cuanto cese cualquiera de las condiciones exigidas para la obtención del derecho,*
- 2) **desde el momento del fallecimiento del derechohabiente.**

2. Zgodnie z art. 128 ww. ustawy na żądanie organu rentowego emeryt lub rencista jest zobowiązany do potwierdzania własnoręcznym podpisem istnienia dalszego prawa do pobierania świadczeń określonych ustawą. W razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających lub utrudniających emerytowi lub renciście złożenie tego podpisu, istnienie dalszego prawa do pobierania świadczeń przez tego emeryta lub rencistę może potwierdzić własnoręcznym podpisem upoważniona osoba sprawująca faktyczną opiekę nad emerytem lub rencistą. W tym celu należy **wypełnić i własnoręcznie podpisać** niniejszy formularz, a jeżeli nie jest to możliwe powinna go wypełnić i podpisać osoba sprawująca faktyczną opiekę nad emerytem lub rencistą.

Powyższy przepis ma również zastosowanie do osób uprawnionych do świadczenia/zasiłku przedemerytalnego lub innych wypłacanych świadczeń pieniężnych.

*Conforme al artículo 128 de la ley anteriormente citada, a solicitud de la caja de pensiones, el jubilado o pensionista tiene la obligación de confirmar con su propia firma el mantenimiento de su derecho a las prestaciones determinadas en la ley. En caso de imposibilidad o dificultad para firmar el formulario por parte del jubilado o pensionista, el mantenimiento del derecho a la prestación por parte del interesado puede ser confirmado por la firma de una persona autorizada, el cuidador del jubilado o pensionista. Para ello, es necesario **cumplimentar y firmar personalmente** este formulario y en caso de imposibilidad de hacerlo cumplimentar y firmar por la persona que cuide realmente del jubilado pensionista.*

*Esta disposición se aplica también a las personas autorizadas a las prestaciones/ayudas de prejubilación u otras prestaciones económicas.*

3. **Własnoręczność podpisu osób zamieszkałych za granicą powinna zostać poświadczona przez:**
- właściwy urząd lub osobę do tego upoważnioną w państwie zamieszkania emeryta/rencisty/upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad emerytem lub rencistą, albo przez,
  - osobę upoważnioną w polskiej placówce dyplomatycznej lub konsularnej.

***El certificado de autenticidad de la firma de las personas domiciliadas en el extranjero ha de ser confirmada por:***

- *La autoridad o la persona correspondiente, autorizada en el país de domicilio del jubilado/pensionista/persona autorizada que cuide realmente del jubilado pensionista, o por,*
- *la persona autorizada de una misión diplomática o consular polaca.*

4. Niniejszy formularz organ rentowy przekazuje emerytom i rencistom zamieszkałym za granicą zwykle raz w każdym roku kalendarzowym. Po wypełnieniu, podpisaniu i potwierdzeniu własnoręczności złożonego podpisu, formularz ten należy przekazać do organu rentowego, który wypłaca świadczenia, w terminie określonym na pierwszej stronie formularza.

*La caja de pensiones envía este formulario a los jubilados y pensionistas con domicilio en el extranjero habitualmente una vez cada año natural. Este formulario, cumplimentado, firmado y confirmada la autenticidad de la firma, será enviado a la caja de pensiones para las prestaciones en el plazo indicado en la primera página del formulario.*

5. W przypadku nieprzedłożenia podpisanego oświadczenia - stosownie do art. 134 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy – wypłatę świadczeń, zgodnie z art. 134 ust. 2 pkt 2 ww. ustawy, wstrzymuje się od miesiąca, w którym organ rentowy wydał decyzję o wstrzymaniu wypłaty albo od następnego miesiąca, jeżeli wcześniejsze wstrzymanie wypłaty nie było możliwe.

*En caso de no enviar la declaración firmada -conforme al artículo 134 apartado 1 punto 2 de la ley anteriormente citada -el pago de las prestaciones, conforme al artículo 134 apartado 2 punto 2 de dicha ley se suspenderá a partir del mes en el que la caja de pensiones emitió la decisión sobre la suspensión del pago o a partir del mes siguiente, si la suspensión en el mes anteriormente citado hubiera sido imposible.*

6. Zgodnie z art. 135 ust. 1 ww. ustawy - w razie ustania przyczyny powodującej wstrzymanie wypłaty świadczenia, wypłatę wznowia się od miesiąca ustania tej przyczyny, jednak nie wcześniej niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty lub wydano z urzędu decyzję o jej wznowieniu.

*Conforme al artículo 135 apartado 1 de dicha ley -cuando cese la razón de la suspensión del pago de la prestación, el pago se reiniciarán a partir del mes del cese de la razón en cuestión pero no anteriormente al mes en el que se presentó la solicitud de reinicio del pago o se emitió de oficio la decisión de su reinicio.*

7. W razie zmiany danych, np. zmiany numeru rachunku bankowego lub adresu, należy przekazać te informacje niezwłocznie do jednostki ZUS.

*El ZUS ha de ser inmediatamente informado de cualquier cambio de datos, por ejemplo del cambio del número de la cuenta bancaria o de la dirección.*