

adres jednostki ZUS i numer świadczenia
adresa pobočky Správy sociálneho zabezpečenia a číslo plnenia

**OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ,
O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY
VYHLÁSENIE OSOBY, KTORÁ ŽIJE V ZAHRANIČÍ,
O PRÁVE NA POBERANIE POĽSKÉHO STAROBNÉHO ALEBO INVALIDNÉHO DÔCHODKU**

Instrukcja wypełnienia / Návod na vyplnenie

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / Žijete v zahraničí a poberáte starobný alebo invalidný dôchodok zo ZUS? Vďaka tomuto vyhláseniu Vám i naďalej budeme môcť vyplácať starobný alebo invalidný dôchodok.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Vyplňte VELKÝMI PÍSMENAMI.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Vyplňte čiernou alebo modrou farbou (nie ceruzkou).
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). / Vyplňte oddiel „Vaše údaje (príjemca plnenia“ a „Vyhlásenie“) a následne sa vlastnoručne podpíšte. Pokiaľ nemôžete vlastnoručne podpísať formulár (napr. preto, že máte zlomenú ruku), môže sa podpísať osoba, ktorá sa o Vás fakticky stará (podrobnosti vysvetľujeme v informácii priloženej k vyhláseniu).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Oddiel „Potvrdenie podpisu“ vyplní osoba alebo inštitúcia, ktorá potvrdí vlastnoručnosť podpisu Vás alebo Vášho opatrovníka.

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.

Dôležité! Zašlite nám podpísané vyhlásenie na adresu uvedenú v ľavom hornom rohu <do dňa X/v priebehu Y dní od prijatia tohto formulára>. Pokiaľ to neurobíte, budeme musieť pozastaviť vyplácanie Vášho plnenia do doby, až tento formulár dostaneme.

Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Vaše údaje (príjemca plnenia)

PESEL Rodné číslo	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Druh, séria a číslo dokladu potvrdzujúceho totožnosť	<input type="text"/> Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Uveďte, pokiaľ nemáte pridelené poľské rodné číslo
Data urodzenia Dátum narodenia	<input type="text"/> dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Uveďte, pokiaľ nemáte pridelené poľské rodné číslo
Imię Meno	<input type="text"/>
Nazwisko Priezvisko	<input type="text"/>
Imię ojca Meno otca	<input type="text"/> Dodatkowa informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać / Doplňujúca informácia, ktorá nám uľahčí Vás identifikovať. Nemusíte ju uvádzať

Twój adres zamieszkania / Vaša adresa bydliska

Ulica Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu Súpisné číslo	<input type="text"/>	Numer lokalu Č. d.	<input type="text"/>
Kod pocztowy PSC	<input type="text"/>	Miejscowość Obec	<input type="text"/>
Nazwa państwa Názov štátu	<input type="text"/>		

Oświadczenie / Vyhlásenie

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Vlastnoručným podpisom vyhlasujem, že

nadaj mam / naďalej mám

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma / osoba uvedená v sekcii „Vaše údaje (príjemca plnenia)” má

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Označte, pokiaľ ste oprávnená osoba, ktorá sa fakticky stará o príjemcu plnenia.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.
právo poberať starobný alebo invalidný dôchodok zo ZUS.

Data
Dátum

<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	/	rrrr			

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Podpis príjemcu plnenia alebo oprávnenej osoby, ktorá sa o príjemcu plnenia fakticky stará.

Poświadczenie podpisu / Potvrdenie podpisu

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. / Vyplňuje príslušný úrad alebo osoba oprávnená potvrdiť vlastnoručnosť podpisu v štáte, kde žijete, napr. notár, inštitúcia sociálneho zabezpečenia alebo oprávnený zamestnanec poľského diplomatického alebo konzulárneho zastúpenia.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Potvrďujem vlastnoručnosť podpisu príjemcu plnenia alebo oprávnenej osoby, ktorá sa fakticky stará o príjemcu plnenia.

Miejscowość
Miesto

<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	/	rrrr			

Data
Dátum

Podpis i pieczęć
Podpis a pečiatka

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>

Informácie uvedené v čl. 13 ods. 1 a 2 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (GDPR) sú dostupné v centrále alebo terénnych organizačných jednotkách ZUS a na webových stránkach ZUS na adrese: <https://bip.zus.pl/rodo>

INFORMACJA

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

INFORMÁCIA

**k vyhláseniu osoby, ktorá žije v zahraničí,
o práve na poberanie poľského starobného alebo invalidného
dôchodku**

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. Prečo Vám posielame vyhlásenie a čo s ním musíte urobiť

Vyhlásenie zasielame, pretože poberáte poľský starobný alebo invalidný dôchodok a žijete v zahraničí. Vyplňte ho a podpíšte, aby sme Vám mohli i naďalej vyplácať plnenie. Vlastnoručnosť Vášho podpisu musí potvrdiť oprávnená osoba (viď otázka 4). Podpísaný a potvrdený formulár odošlite v termíne a na adresu, ktorú sme uviedli na jeho prvej strane.

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. Prečo musíte vyplniť formulár

V súlade s poľskými predpismi [1] právo na plnenie zo Správy sociálneho zabezpečenia (Zakład Ubezpieczeń Społecznych) zaniká:

- 1) keď zanikne jedna z podmienok požadovaných na získanie tohto práva,
- 2) s úmrtím oprávnenej osoby.

Máte povinnosť potvrdiť, že máte právo ďalej poberať toto plnenie.

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. Čo robiť, keď starobný alebo invalidný dôchodca nemôže vyhlásenie podpísať a Vy sa o neho staráte

Pokiaľ ste faktický opatrovník príjemcu plnenia, ktorý nemôže vyhlásenie vlastnoručne podpísať, môžete ďalšie právo na poberanie plnenia potvrdiť Vy, kvôli tomu vyhlásenie vlastnoručne podpíšte.[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. Kto by mal potvrdiť Váš podpis

Váš podpis musí potvrdiť:

- príslušný úrad alebo osoba oprávnená potvrdiť vlastnoručnosť podpisu v štáte, kde žijete, napr. notár,
- oprávnený zamestnanec poľského diplomatického alebo konzulárneho zastúpenia,
- oprávnený zamestnanec inštitúcie sociálneho zabezpečenia, pokiaľ to umožňuje legislatíva štátu, v ktorom žijete.

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. Čo sa stane, pokiaľ nám nedoručíte vyhlásenie

Pokiaľ nám neodovzdáte toto vyhlásenie, vydáme rozhodnutie, ktoré pozastaví vyplácanie Vášho starobného alebo invalidného dôchodku: Výplatu pozastavíme:[3]

- od mesiaca, keď vydáme rozhodnutie v tejto záležitosti alebo
- od nasledujúceho mesiaca, pokiaľ nebudeme môcť zastaviť výplatu skôr.

Plnenie Vám začneme vyplácať od mesiaca, keď podáte v našej inštitúcii správne vyplnené vyhlásenie.[4]

Ważne!

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

Dôležité!

Čo najrýchlejšie nás informujte, pokiaľ sa zmenili Vaše údaje, napr. číslo bankového účtu alebo adresa.

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.

Právny základ

[1] Čl. 101 zákona zo dňa 17. decembra 1998 o starobných a invalidných dôchodkoch z Fondu sociálneho zabezpečenia (Zb. z. 2020, pol. 53 v znení neskorších predpisov), ďalej uvádzaný ako dôchodkový zákon.

[2] Čl. 128 ods. 1 a ods. 2 dôchodkového zákona.

[3] Čl. 134 ods. 1 bod 2 a ods. 2 bod 2 dôchodkového zákona.

[4] Čl. 135 a ods. 1 dôchodkového zákona.