

adres jednostki ZUS i numer świadczenia  
A ZUS kirendeltség címe és az ellátás száma

## OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ, O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY KÜLFÖLDÖN ÉLŐ SZEMÉLY NYILATKOZATA

### LENGYEL ÖREGSÉGI NYUGDÍJ VAGY JÁRADÉK FOLYÓSÍTÁSRA VALÓ JOGOSULTSÁGRÓL

#### Instrukcja wypełnienia / Kitöltési útmutató

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / Külföldön él és öregségi nyugdíjat vagy járadékot kap a ZUS-tól? A jelen nyilatkozatnak köszönhetően továbbra is tudjuk folyósítani Önnek a nyugdíját vagy járadékát.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Kérjük nyomtatott NAGY BETŰKKEL KITÖLTENI.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Fekete vagy kék színű tollal (ne ceruzával) töltsd ki.
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). / Töltsd ki az „Adatai (ellátott)” és a „Nyilatkozat” részeket, majd saját kezűleg írd alá. Ha nem tudja saját kezűleg aláírni a nyomtatványt (pl. mert eltört a karja), akkor az a személy is aláírhat, aki ténylegesen gondozza Önt (a részleteket a nyilatkozathoz csatolt tájékoztató tartalmazza).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręcznie podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Az „Aláírás tanúsítása” részt az a személy vagy intézmény töltsd ki, aki tanúsítja, hogy Ön vagy gondviselője saját kezűleg írt alá.

**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.

**Fontos!** Küldje el nekünk az aláírt nyilatkozatot a bal felső sarokban található címre <X (dátum)-ig/ a nyomtatvány kézhezvételétől számított Y napon belül>. Ha ezt elmulasztja, akkor fel kell függesztenünk a folyósítást mindaddig, amíg meg nem kapjuk a jelen nyomtatványt.

#### Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Az Ön adatai (ellátott)

PESEL Személyi szám	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość A személyazonosságát tanúsító okmány fajtája, és sorozatszámát	<input type="text"/>
Data urodzenia Születési dátum	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr nn / hh / éééé
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Akkor kell megadnia, ha nem rendelkezik személyi számmal
Imię Utónév	<input type="text"/>
Nazwisko Vezetéknév	<input type="text"/>
Imię ojca Apja utóneve	<input type="text"/>

Dodatkowa informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać / Plusz információ, amely megkönnyíti az Ön beazonosítását. Nem kötelező megadnia

## Twój adres zamieszkania / Az Ön lakcíme

Ulica Utca	<input type="text"/>		
Numer domu Házzszám	<input type="text"/>	Numer lokalu Ajtó	<input type="text"/>
Kod pocztowy Írányítószám	<input type="text"/>	Miejscowość Település	<input type="text"/>
Nazwa państwa Az ország neve	<input type="text"/>		

## Oświadczenie / Nyilatkozat

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Saját kezű aláírással igazolom, hogy

nadal mam / továbbra is

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma / az „Ön adatai (ellátott)” részben megnevezett személy ma továbbra is

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Akkor jelölje be, ha Ön az ellátottat ténylegesen gondozó meghatalmazott személy.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.  
jogosult (vagyok) a ZUS-tól öregségi nyugdíj ellátásra vagy járadékra.

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			
nn	/	hh	/	éééé			

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Az ellátott vagy az ellátottat ténylegesen gondozó meghatalmazott személy aláírása.

## Poświadczenie podpisu / Az aláírás tanúsítása

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. / Az Ön lakóhelye szerinti államban az aláírás hitelességének igazolására jogosult hatóság vagy személy tölti ki, például közjegyző, társadalombiztosítási intézet vagy a lengyel diplomáciai vagy konzuli képviselő arra jogosult alkalmazottja.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Tanúsítom, hogy az ellátott vagy az ellátottat ténylegesen gondozó, meghatalmazott személy saját kezűleg írt alá.

Miejscowość  
Település

<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			
nn	/	hh	/	éééé			

Data  
Dátum

Podpis i pieczęć  
Aláírás és bélyegző

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>

Az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak, a természetes személyeknek a személyes adatok feldolgozása vonatkozásában történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló (EU) 2016/679 rendeletének (GDPR) (2016. április 27.) 13. cikk (1) és (2) bekezdéseiben említett információk elérhetők a ZUS központjában vagy területi kirendeltségein, valamint a ZUS internetes oldalán, a következő linken: <https://bip.zus.pl/rodo>

# INFORMACJA

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

## TÁJÉKOZTATÓ

külföldön élő személy nyilatkozatához

lengyel öregségi nyugdíj vagy járadék folyósítás jogosultságáról

### 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. Miért küldünk Önnek ezt a nyilatkozatot, és mit kell ezzel tennie

A nyilatkozatot azért küldjük, mert Ön lengyel öregségi nyugdíj vagy járadék ellátásban részesül, és külföldön él. Kérjük, töltsse ki és írja alá ezeket, hogy továbbra is tudjuk fizetni az Ön ellátását. Az aláírás hitelességét egy erre jogosult személynek kell igazolnia (lásd a 4. kérdést). Az aláírt és hitelesített nyomtatványt küldje vissza határidőn belül, és az első oldalán megadott címre.

### 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. Miért kell kitöltenie a nyomtatványt

A lengyel jogi szabályozás [1] értelmében a ZUS ellátásra való jogosultság megszűnik:

- 1) ha a jogosultság megszerzéséhez szükséges feltételek egyike megszűnik,
- 2) a jogosult személy elhalálozásával.

Köteles megerősítenie, hogy továbbra is jogosult az ellátásra.

### 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 złożysz własnoręczny podpis [2].

#### 3. Mi a teendő, ha a nyugdíjas vagy a járadékra jogosult nem tudja a nyilatkozatot aláírni, és Ön a gondozója

Ha Ön az ellátott – aki nem tudja saját kezűleg aláírni a nyilatkozatot – tényleges gondozója, akkor Ön igazolhatja az ellátásra való további jogosultságát az Ön sajátkezű aláírásával [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. Kinek kell tanúsítania az Ön aláírását

Az aláírását tanúsíthatja:

- az arra illetékes hatóság vagy az Ön lakóhelye szerinti államban aláírás tanúsítására jogosult személy, például közjegyző,
- a lengyel diplomáciai vagy konzuli képviselő meghatalmazott alkalmazottja,
- a társadalombiztosítási intézmény meghatalmazott alkalmazottja, ha ezt az Ön lakóhelye szerinti állam törvényei megengedik.

## 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. Mi történik, ha nem nyújtja be nekünk a nyilatkozatot

Ha nem nyújtja be nekünk ezt a nyilatkozatot, akkor határozatot hozunk, amely felfüggeszti a nyugdíj vagy járadék folyósítását. A folyósítást felfüggesztjük [3]:

- attól a hónaptól számítva, amikor az ügyben határozatot adunk ki, vagy
- a következő hónaptól, ha nem tudjuk korábban leállítani a kifizetést.

Abban a hónapban kezdjük Önnek folyósítani az ellátást, amikor a helyesen kitöltött nyilatkozatot hozzánk eljuttatja [4].

### **Ważne!**

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

### **Fontos!**

Kérjük, a lehető leghamarabb tudassa velünk, ha megváltoztak az adatai, pl. bankszámlaszám vagy lakcím.

## 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.

## Jogalap

[1] A Társadalombiztosítási Alapból fizetett öregségi nyugdíjról és járadékokról szóló törvény (1998. december 17.) 101. cikke (Dz.U. [Törvénytár] 2020. év, 53. tétel a változásokkal), a továbbiakban nyugdíjtörvény.

[2] a nyugdíjtörvény 128. cikk (1) és (2) bekezdései.

[3] a nyugdíjtörvény 134. cikk (1) bek. 2. pontja és a (2) bek. 2. pontja.

[4] a nyugdíjtörvény 135. cikk (1) bekezdése.