

WYCOFANIE WNIOSKU

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz, jeżeli chcesz wycofać wniosek w sprawie polskiej albo zagranicznej emerytury, renty lub innego świadczenia.

Wniosek w sprawie polskiego świadczenia możesz wycofać:

- jeśli nie otrzymałeś decyzji w tej sprawie,
- w ciągu miesiąca od dnia, w którym otrzymałeś decyzję.

Jeśli wycofasz wniosek dotyczący świadczenia polskiego, umorzmy postępowanie w sprawie tego świadczenia. Jeśli wycofasz wniosek dotyczący świadczenia zagranicznego, prześlemy informację do zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

Dane wnioskodawcy

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

Zakres wniosku

Wnoszę o wycofanie wniosku złożonego w sprawie:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> emerytury | <input type="checkbox"/> świadczenia przedemerytalnego | <input type="checkbox"/> nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego |
| <input type="checkbox"/> emerytury pomostowej | <input type="checkbox"/> emerytury częściowej | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do pracy |
| <input type="checkbox"/> renty rodzinnej | <input type="checkbox"/> renty socjalnej | |
| <input type="checkbox"/> świadczenia z instytucji zagranicznej z następujących państw | <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> innego świadczenia (wskaż jakiego) | <input type="text"/> | |

Wniosek, który wycofuję dotyczył:

Wniosek w sprawie wyżej wskazanego świadczenia złożyłem/ nadałem na pocztę w dniu:

<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			

Placówka ZUS, w której złożyłeś wniosek

W sprawie świadczenia placówka ZUS wydała decyzję:

- | | | |
|------------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK – podaj placówkę ZUS | <input type="text"/> |
|------------------------------|---|----------------------|

Data decyzji

<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			

Znak sprawy

Sposób odbioru odpowiedzi

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną) |
| <input type="checkbox"/> | pocztą na adres wskazany we wniosku |
| <input type="checkbox"/> | na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS) |

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

<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			

Czytelny podpis

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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>