

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
I Oddział w Warszawie
Wydział Realizacji Umów Międzynarodowych
Ul. Senatorska 6/8
00-917 Warszawa
Polska / POLAND

← This is the address
where this form
should be mailed.

adres jednostki ZUS i numer świadczenia
address of ZUS unit and benefit number

name and address of
client goes here
(Please include
country abbreviation,
e.g., USA) →

**OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ,
O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY
STATEMENT OF A PERSON WHO RESIDES ABROAD
ON THE RIGHT TO RECEIVE PENSION**

Instrukcja wypełnienia / Instruction on how to fill in the form

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / You reside abroad and receive pension from the ZUS? Thanks to this statment we will be able to still pay you pension.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Fill in in BLOCK LETTERS.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Fill in in black or blue colour (not pensil).
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). / Fill in the section „Your data (beneficiary)” and „Statement” and sign it on your own. If you cannot sign the form on your own (e.g. because you have a broken arm) the form can be signed by the person who actually takes care of you (details are explained in the information attached to the statement).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Section “Signature certification” is filled in by the person or institution who will certify the your own signature or carer’s signature.

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.

Important! Send us back the signed statement to the address mentioned in left upper corner <until X/ in Y days from receiving the form>. If you fail to do so, we will have to cease the payment of your benefit until we receive the form.

Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Your data (beneficiary)

PESEL ←Leave blank
PESEL number

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Identification document can
be driver's license, non-driver's
license, passport, etc.
← identification document

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Specify if you do not have PESEL number

Data urodzenia
Date of birth

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

dd / mm / rrrr
dd / mm / yyyy

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Specify if you do not have PESEL number

It is preferable that the
identification document be
current, but documents
that are recently expired
are also acceptable.

Imię
First name

Nazwisko
Surname

Imię ojca
Father's name

Dodatkowa informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać /
Additional information which will help us to identify you. You do not need to provide it.

Twój adres zamieszkania / Your residence address

Ulica Street	<input type="text"/>		
Numer domu House number	<input type="text"/>	Numer lokalu Apartment number	<input type="text"/>
Kod pocztowy Zip code	<input type="text"/>	Miejscowość City	<input type="text"/>
Nazwa państwa Name of country	<input type="text"/>		

Oświadczenie / Statement

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / I confirm with my own signature that

Check only
this box →

nadal mam / I still have

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma /
person mentioned in section „Your data (beneficiary)” have

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę
nad świadczeniobiorcą. / Thick if you are the authorised person who actually
take care of the beneficiary.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.
the right to receive pension from the ZUS.

Data
Date

<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	/	yyyy			

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad
świadczeniobiorcą. / Signature of the beneficiary or authorised person who actually takes
care of the beneficiary.

Poświadczenie podpisu / Certification of signature **Notary dates, signs and stamps below.**

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. / To be completed by the competent authority or person authorised to certify the own signature in the country where you reside e.g. notary public, social insurance institution or authorised employee of Polish diplomatic or consular unit.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / I certify the own signature of the beneficiary or authorised person who actually takes care of the beneficiary.

Miejscowość
Place

<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	/	yyyy			

Data
Date

Podpis i pieczęć
Signature and stamp

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>

Information indicated in Article 13 (1) and (2) of the Regulation of the European Parliament and the Council (EU) No. 2016/679 of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (RODO) is available in the headquarters or regional organisational units of ZUS and on ZUS website under the following address: <https://bip.zus.pl/rodo>