

adres jednostki ZUS i numer świadczenia  
dirección de la unidad ZUS y número de prestación

**OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ,  
O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY  
DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO RESIDENTE EN EL EXTRANJERO,  
SOBRE SU DERECHO A PERCIBIR UNA PENSIÓN POLACA DE VEJEZ O INVALIDEZ**

**Instrukcja wypełnienia / Instrucciones para rellenar la declaración**

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / ¿Reside en el extranjero y recibe una pensión del ZUS? Gracias a esta declaración, podremos seguir pagándole su pensión de vejez o invalidez.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Complete en MAYÚSCULAS.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Rellene con un bolígrafo negro o azul (evite el lápiz).
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). / Complete las secciones „Sus datos (beneficiarios)” y „Declaración” y firme el documento personalmente. Si no puede firmar el formulario personalmente (por ejemplo, por tener el brazo roto), la persona que lo atiende puede firma la declaración por Ud. (los detalles se explican en la información adjunta a la declaración).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / La sección „Certificación de la firma” será completada por una persona o institución que certificará la autenticidad de la firma estampada por usted o su cuidador.

**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.

**¡Importante!** Envíenos la declaración firmada a la dirección que aparece en la esquina superior izquierda <antes del día X / dentro de los Y días posteriores a la recepción de este formulario>. Si no lo hace, tendremos que suspender el pago hasta que recibamos este formulario.

**Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Sus datos (beneficiario)**

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość  
Tipo, serie y número del documento que acredita la identidad

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Indique, si no tiene un número PESEL

Data urodzenia  
Fecha de nacimiento

dd / mm / rrrr  
dd / mm / aaaa

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Indique, si no tiene un número PESEL

Imię  
Nombre

Nazwisko  
Apellido

Imię ojca  
Nombre del padre

Dodatkowa informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać / Información adicional que nos ayudará a identificarle. No tiene que facilitárnosla.

**Twój adres zamieszkania / Su dirección de domicilio**

Ulica Calle	<input type="text"/>		
Numer domu Número de edificio	<input type="text"/>	Numer lokalu Número de local	<input type="text"/>
Kod pocztowy Código postal	<input type="text"/>	Miejscowość Localidad	<input type="text"/>
Nazwa państwa País	<input type="text"/>		

**Oświadczenie / Declaración**

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Confirmo con mi propia firma que

nadal mam / conservo

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma /  
la persona indicada en la sección «Sus datos (beneficiario) tiene

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę  
nad świadczeniobiorcą. / Selecciona cuándo es la persona  
autorizada que realmente cuida al beneficiario.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.  
el derecho a recibir una pensión del ZUS.

Data  
Fecha

<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	/	aaaa			

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę  
nad świadczeniobiorcą. / Firma del beneficiario o de la persona autorizada que cuida al  
beneficiario.

**Poświadczenie podpisu / Certificación de firma**

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. / Debe ser completado por una oficina competente o una persona autorizada para certificar la autenticidad de la firma en el país donde vive, por ejemplo, un notario público, una institución de seguridad social o un empleado autorizado de una misión diplomática o consular polaca.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Confirmo la autenticidad de la firma realizada por el destinatario o la persona autorizada que se ocupa del destinatario.

Miejscowość  
Localidad

<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	/	aaaa			

Data  
Fecha

Podpis i pieczęć  
Firma y sello

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>

La información a la que se refiere el art. 13 párrafo 1 y 2 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (RGPD), están disponibles en la sede o en las unidades organizativas locales de la ZUS y en el sitio web de la ZUS en: <https://bip.zus.pl/rodo>

---

## INFORMACJA

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

## INFORMACIÓN

**para la declaración de una persona que reside en el extranjero,  
sobre el derecho a recibir una pensión polaca de vejez o invalidez**

---

### 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. ¿Por qué le enviamos la declaración y qué debe hacer con ella?

Le hemos enviado la declaración porque recibe una pensión polaca de vejez o invalidez y reside en el extranjero. Por favor, complétela y fírmela para que podamos seguir transfiriendo su prestación. La autenticidad de su firma debe ser certificada por una persona autorizada (ver pregunta 4). Envíe el formulario firmado y certificado dentro del plazo y a la dirección indicada en la primera página.

### 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. ¿Por qué ha de completar este formulario?

De conformidad con la normativa polaca [1], el derecho a las prestaciones del ZUS cesa:

- 1) cuanto cesa cualquiera de las condiciones exigidas para la obtención del derecho,
- 2) con el fallecimiento del derechohabiente.

Su obligación es de confirmar que tiene derecho a seguir recibiendo la prestación.

### 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. Qué hacer si el pensionista al que de hecho esta cuidando no puede firmar la declaración

Si es cuidador real del beneficiario impedido para firmar la declaración, puede firmarla Ud. mismo confirmando el derecho ininterrumpido del beneficiario a recibir la prestación [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. Quién debe certificar su firma

Su firma debe ser confirmada por:

- la administración competente o una persona autorizada para certificar la firma en su país de residencia, por ejemplo, un notario,
- un empleado autorizado de una oficina diplomática o consular polaca,
- un empleado autorizado de la institución de seguridad social, si la ley del estado donde reside lo permite.

## 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. ¿Qué sucede si no nos envía la declaración?

Si no nos envía esta declaración, emitiremos un dictamen de suspensión del pago de su prestación. Suspendaremos el pago [3]:

- desde el mes de emisión del dictamen sobre este asunto, o
- a partir del mes siguiente si no podemos detener el pago antes.

Comenzaremos a pagarle la prestación a partir del mes en que nos envíe una declaración correctamente cumplimentada [4].

### Ważne!

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

### Importante:

Háganos saber lo antes posible si sus datos han cambiado, por ejemplo, su número de cuenta bancaria o dirección.

## 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

## Fundamentos de derecho

[1] Art. 101 de la Ley de 17 de diciembre de 1998 sobre pensiones de vejez e invalidez de la Caja de Seguridad Social (B. O. de 2020, ítem 53, enmendado), en adelante Ley de Pensiones.

[2] Art. 128 párr. 1 y párr. 2 de la Ley de pensiones.

[3] Art. 134 párr. 1 y párr. 2 de la Ley de pensiones.

[4] Art. 135 párr. 1 de la Ley de pensiones.