

adres jednostki ZUS i numer świadczenia  
адрес учреждения ФСС и номер выплаты

## OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ, O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY ЗАЯВЛЕНИЕ ЛИЦА, ПРОЖИВАЮЩЕГО ЗА ГРАНИЦЕЙ, О ПРАВЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОЛЬСКОЙ ПЕНСИИ ПО СТАРОСТИ ИЛИ ПЕНСИИ ПО ИНВАЛИДНОСТИ

### Instrukcja wypełnienia / Руководство по заполнению

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / Вы живете за границей и получаете пенсию по старости или пенсию по инвалидности из ФСС? Благодаря этому заявлению мы сможем и впредь выплачивать Вам пенсию по старости или пенсию по инвалидности.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Заполните ПРОПИСНЫМИ БУКВАМИ.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Заполните черным или синим цветом (не карандашом).
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). / Заполните секции «Ваши данные (бенефициара)» и «Заявление», а затем, поставьте собственноручную подпись. Если Вы не можете собственноручно подписать бланк (напр. потому, что у Вас сломана рука), подпись может поставить лицо, которое фактически осуществляет опеку над Вами (детали указаны нами в справочном листе, приложенном к заявлению).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręcznie podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Секцию «Заверка подписи» заполняет лицо или учреждение, которое заверит подлинность подписи, поставленной Вами или Вашим опекуном.

**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.

**Внимание!** Отошлите нам подписанное заявление на адрес, указанный в левом верхнем углу <до (дата) X/ в течение Y дней со дня получения этого бланка>. В случае если Вы этого не сделаете, мы будем вынуждены приостановить Вашу выплату до момента получения этого бланка.

### Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Ваши данные (бенефициара)

PESEL  
Персональный идентификационный номер PESEL

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

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość  
Тип, серия и номер документа,  
удостоверяющего личность

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Укажите, если у Вас нет номера PESEL

Data urodzenia  
Дата рождения

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

dd / mm / rrrr  
ДД / ММ / ГГГГ

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Укажите, если у Вас нет номера PESEL

Imię  
Имя

Nazwisko  
Фамилия

Imię ojca  
Имя отца (отчество)

Dodatkowa informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać /  
Дополнительная информация, которая поможет нам идентифицировать Вас. Вы не обязаны ее указывать

**Twój adres zamieszkania / Адрес Вашего места жительства**

Ulica Улица	<input type="text"/>		
Numer domu Дом номер	<input type="text"/>	Numer lokalu Квартира номер	<input type="text"/>
Kod pocztowy Почтовый индекс	<input type="text"/>	Miejscowość Населенный пункт	<input type="text"/>
Nazwa państwa Наименование государства	<input type="text"/>		

**Oświadczenie / Заявление**

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Подтверждаю собственноручной подписью, что

nadal mam / продолжаю иметь

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma / лицо, указанное в секции «Ваши данные (бенефициара)» имеет

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Пометить если Вы являетесь уполномоченным лицом, которое фактически осуществляет опеку над бенефициаром.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.

право получать пенсию по старости или пенсию по инвалидности из ФСС.

Data  
Дата

<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			
ДД		/	ММ		/	ГГГГ			

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Подпись бенефициара или уполномоченного лица, фактически осуществляющего опеку над бенефициаром.

**Poświadczenie podpisu / Заверка подписи**

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. / Заполняет компетентное учреждение или лицо, уполномоченное заверять подлинность подписи в государстве, в котором Вы проживаете, напр. нотариус, учреждение социального обеспечения или уполномоченный сотрудник польского дипломатического или консульского представительства.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Подтверждаю подлинность подписи, поставленной бенефициаром, или уполномоченным лицом, которое фактически осуществляет опеку над бенефициаром.

Miejscowość  
Населенный пункт

<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			
ДД		/	ММ		/	ГГГГ			

Data  
Дата

Podpis i pieczęta  
Подпись и печать

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>

Sведения, о которых говорится в ст. 13 абз. 1 и 2 Постановления Европейского парламента и Советов (ЕС) 2016/679 от 27 апреля 2016 г. о защите физических лиц в отношении обработки персональных данных и о свободном перемещении таких данных и отмене директивы 95/46/ЕС (ОРЗД), доступны в центральном офисе или территориальных организационных структурах ФСС и на вебстранице ФСС по адресу: <https://bip.zus.pl/rodo>

---

# INFORMACJA

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

## СПРАВОЧНЫЙ ЛИСТ

к заявлению лица, проживающего за границей, о праве  
на получение польской пенсии по старости или пенсии  
по инвалидности

---

### 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. Почему мы направляем Вам заявление, и что Вы должны с ним сделать

Заявление мы направляем потому, что Вы получаете польскую пенсию по старости или пенсию по инвалидности и живете за границей. Заполните его и подпишите, чтобы мы могли и впредь осуществлять вам выплаты. Подлинность Вашей подписи должна быть заверена уполномоченным лицом (см. вопрос 4). Подписанный и заверенный бланк отошлите в срок и на адрес указанный нами на его первой странице.

### 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. Почему Вы обязательно должны заполнить бланк

В соответствии с положениями польского законодательства [1] право на выплаты из ФСС прекращается:

- 1) когда прекращается одно из условий, необходимых для получения этого права,
- 2) в связи со смертью лица, имеющего право на выплату.

Вы обязаны подтвердить, что Вы и в будущем имеете право на получение этой выплаты.

### 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. Что делать, когда пенсионер не может подписать заявление, а Вы осуществляете опеку над ним

Если Вы являетесь фактическим опекуном бенефициара, который не может собственноручно поставить подпись, Вы можете подтвердить дальнейшее право на получение выплат. Для этого поставьте собственноручную подпись [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. Кто должен заверить Вашу подпись

Вашу подпись обязательно должно подтвердить:

- компетентное учреждение или лицо, уполномоченное подтверждать подлинность подписи в государстве, в котором Вы проживаете, напр. нотариус,
- уполномоченный сотрудник польского дипломатического или консульского учреждения,
- уполномоченный сотрудник учреждения социального обеспечения, если это допускается законодательством государства, в котором Вы проживаете.

## 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. Что произойдет, если Вы не представите нам заявление

В случае если Вы не передадите нам это заявление, мы вынесем решение, которое приостановит выплату Вашей пенсии по старости или пенсии по инвалидности. Мы приостановим выплаты [3]:

- начиная с месяца выдачи нами решения по этому делу или
- со следующего месяца, если мы не сможем приостановить выплату раньше.

Выплаты мы начнем осуществлять Вам, начиная с месяца, в котором Вы представите в наше учреждение правильно заполненное заявление [4].

### Ważne!

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

### Внимание!

Срочно сообщите нам об изменении Ваших данных, напр. номер банковского счета или адрес.

### 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

### Юридическое основание

[1] Ст. 101 закона от 17 декабря 1998 г. о пенсиях по старости и о пенсиях по инвалидности из Фонда социального страхования (Законодательный вестник 2020 г., поз. 53 с изм.), именуемого далее пенсионным законом.

[2] Ст. 128 абз. 1 и абз. 2 пенсионного закона.

[3] Ст. 134 абз. 1 п. 2 и абз. 2 п. 2 пенсионного закона.

[4] Ст. 135 абз. 1 пенсионного закона.