

adres jednostki ZUS i numer świadczenia  
adresa pobočky Správy sociálneho zabezpečenia a číslo plnenia

**OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ,  
O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY  
VYHLÁSENIE OSOBY, KTORÁ ŽIJE V ZAHRANIČÍ,  
O PRÁVE NA POBERANIE POĽSKÉHO STAROBNÉHO ALEBO INVALIDNÉHO DÔCHODKU**

**Instrukcja wypełnienia / Návod na vyplnenie**

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / Žijete v zahraničí a poberáte starobný alebo invalidný dôchodok zo ZUS? Vďaka tomuto vyhláseniu Vám i naďalej budeme môcť vyplácať starobný alebo invalidný dôchodok.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Vyplňte VELKÝMI PÍSMENAMI.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Vyplňte čiernou alebo modrou farbou (nie ceruzkou).
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). / Vyplňte oddiel „Vaše údaje (príjemca plnenia” a „Vyhlásenie”) a následne sa vlastnoručne podpíšte. Pokiaľ nemôžete vlastnoručne podpísať formulár (napr. preto, že máte zlomenú ruku), môže sa podpísať osoba, ktorá sa o Vás fakticky stará (podrobnosti vysvetľujeme v informácii priloženej k vyhláseniu).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Oddiel „Potvrdenie podpisu” vyplní osoba alebo inštitúcia, ktorá potvrdí vlastnoručnosť podpisu Vás alebo Vášho opatrovníka.

**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.

**Dôležité!** Zašlite nám podpísané vyhlásenie na adresu uvedenú v ľavom hornom rohu <do dňa X/v priebehu Y dní od prijatia tohto formulára>. Pokiaľ to neurobíte, budeme musieť pozastaviť vyplácanie Vášho plnenia do doby, až tento formulár dostaneme.

**Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Vaše údaje (príjemca plnenia)**

PESEL Rodné číslo	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Druh, séria a číslo dokladu potvrdzujúceho totožnosť	<input type="text"/>
Data urodzenia Dátum narodenia	<input type="text"/> dd / mm / rrrr dd / mm / rrrr
Imię Meno	<input type="text"/>
Nazwisko Priezvisko	<input type="text"/>
Imię ojca Meno otca	<input type="text"/>

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Uveďte, pokiaľ nemáte pridelené poľské rodné číslo

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Uveďte, pokiaľ nemáte pridelené poľské rodné číslo

Dodatková informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać /  
Doplňujúca informácia, ktorá nám uľahčí Vás identifikovať. Nemusíte ju uvádzať

**Twój adres zamieszkania / Vaša adresa bydliska**

Ulica Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu Súpisné číslo	<input type="text"/>	Numer lokalu Č. d.	<input type="text"/>
Kod pocztowy PSC	<input type="text"/>	Miejscowość Obec	<input type="text"/>
Nazwa państwa Názov štátu	<input type="text"/>		

**Oświadczenie / Vyhlásenie**

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Vlastnoručným podpisom vyhlasujem, že

nadaj mam / naďalej mám

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadczeniobiorcy)” ma / osoba uvedená v sekcii „Vaše údaje (príjemca plnenia)” má

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Označte, pokiaľ ste oprávnená osoba, ktorá sa fakticky stará o príjemcu plnenia.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.  
právo poberať starobný alebo invalidný dôchodok zo ZUS.

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			
dd	/	mm	/	rrrr			

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Podpis príjemcu plnenia alebo oprávnenej osoby, ktorá sa o príjemcu plnenia fakticky stará.

**Poświadczenie podpisu / Potvrdenie podpisu**

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. / Vyplňuje príslušný úrad alebo osoba oprávnená potvrdiť vlastnoručnosť podpisu v štáte, kde žijete, napr. notár, inštitúcia sociálneho zabezpečenia alebo oprávnený zamestnanec poľského diplomatického alebo konzulárneho zastúpenia.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną opiekę nad świadczeniobiorcą. / Potvrdzujem vlastnoručnosť podpisu príjemcu plnenia alebo oprávnenej osoby, ktorá sa fakticky stará o príjemcu plnenia.

Miejscowość  
Miesto

<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	/	rrrr			

Data  
Dátum

Podpis i pieczęć  
Podpis a pečiatka

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>

Informácie uvedené v čl. 13 ods. 1 a 2 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (GDPR) sú dostupné v centrále alebo terénnych organizačných jednotkách ZUS a na webových stránkach ZUS na adrese: <https://bip.zus.pl/rodo>

---

## INFORMACJA

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

## INFORMÁCIA

**k vyhláseniu osoby, ktorá žije v zahraničí,  
o práve na poberanie poľského starobného alebo invalidného  
dôchodku**

---

### 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. Prečo Vám posielame vyhlásenie a čo s ním musíte urobiť

Vyhlásenie zasielame, pretože poberáte poľský starobný alebo invalidný dôchodok a žijete v zahraničí. Vyplňte ho a podpíšte, aby sme Vám mohli i naďalej vyplácať plnenie. Vlastnoručnosť Vášho podpisu musí potvrdiť oprávnená osoba (viď otázka 4). Podpísaný a potvrdený formulár odošlite v termíne a na adresu, ktorú sme uviedli na jeho prvej strane.

### 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. Prečo musíte vyplniť formulár

V súlade s poľskými predpismi [1] právo na plnenie zo Správy sociálneho zabezpečenia (Zakład Ubezpieczeń Społecznych) zaniká:

- 1) keď zanikne jedna z podmienok požadovaných na získanie tohto práva,
- 2) s úmrtím oprávnenej osoby.

Máte povinnosť potvrdiť, že máte právo ďalej poberať toto plnenie.

### 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. Čo robiť, keď starobný alebo invalidný dôchodca nemôže vyhlásenie podpísať a Vy sa o neho staráte

Pokiaľ ste faktický opatrovník príjemcu plnenia, ktorý nemôže vyhlásenie vlastnoručne podpísať, môžete ďalšie právo na poberanie plnenia potvrdiť Vy, kvôli tomu vyhlásenie vlastnoručne podpíšte.[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. Kto by mal potvrdiť Váš podpis

Váš podpis musí potvrdiť:

- príslušný úrad alebo osoba oprávnená potvrdiť vlastnoručnosť podpisu v štáte, kde žijete, napr. notár,
- oprávnený zamestnanec poľského diplomatického alebo konzulárneho zastúpenia,
- oprávnený zamestnanec inštitúcie sociálneho zabezpečenia, pokiaľ to umožňuje legislatíva štátu, v ktorom žijete.

## 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. Čo sa stane, pokiaľ nám nedoručíte vyhlásenie

Pokiaľ nám neodovzdáte toto vyhlásenie, vydáme rozhodnutie, ktoré pozastaví vyplácanie Vášho starobného alebo invalidného dôchodku: Výplatu pozastavíme:[3]

- od mesiaca, keď vydáme rozhodnutie v tejto záležitosti alebo
- od nasledujúceho mesiaca, pokiaľ nebudeme môcť zastaviť výplatu skôr.

Plnenie Vám začneme vyplácať od mesiaca, keď podáte v našej inštitúcii správne vyplnené vyhlásenie.[4]

### Ważne!

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

### Dôležité!

Čo najrýchlejšie nás informujte, pokiaľ sa zmenili Vaše údaje, napr. číslo bankového účtu alebo adresa.

## 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.

## Právny základ

[1] Čl. 101 zákona zo dňa 17. decembra 1998 o starobných a invalidných dôchodkoch z Fondu sociálneho zabezpečenia (Zb. z. 2020, pol. 53 v znení neskorších predpisov), ďalej uvádzaný ako dôchodkový zákon.

[2] Čl. 128 ods. 1 a ods. 2 dôchodkového zákona.

[3] Čl. 134 ods. 1 bod 2 a ods. 2 bod 2 dôchodkového zákona.

[4] Čl. 135 a ods. 1 dôchodkového zákona.