

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, umorzemy 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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>																								
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość																									
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL																								
Imię																									
Nazwisko																									
Data urodzenia	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">dd</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">/</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">mm</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">/</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">rrrr</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>													dd	/	mm	/	rrrr							
dd	/	mm	/	rrrr																					
Ulica																									
Numer domu		Numer lokalu																							
Kod pocztowy																									
Miejscowość																									
Nazwa państwa																									
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski																								
Numer telefonu																									
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne																								

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 złożyłem 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: <https://bip.zus.pl/rodo>