



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

**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 statement 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
PESEL number

3 6 0 6 2 6 0 2 5 1 9

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość
Type, series and number of
identification document

PASZPORT POLSKI EG 1449426

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

Data urodzenia
Date of birth

2 6 0 6 1 9 3 6

dd / mm / rrrr
dd / mm / yyyy

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

Imię
First name

JANUSZ

Nazwisko
Surname

LASKOWSKI

Imię ojca
Father's name

TADEUSZ

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.