

adres jednostki ZUS i numer świadczenia  
adressen till socialförsäkringsmyndighetens enhet och förmånens nr

**OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓRA MIESZKA ZA GRANICĄ,  
O PRAWIE DO POBIERANIA POLSKIEJ EMERYTURY LUB RENTY  
FÖRKLARING AV PERSON SOM BOR UTOMLANDS  
OM RÄTT TILL POLSK PENSION ELLER LIVRÄNTA**

**Instrukcja wypełnienia / Så här fyller du i formuläret**

Mieszkasz za granicą i pobierasz emeryturę lub rentę z ZUS? Dzięki temu oświadczeniu nadal będziemy mogli wypłacać Ci emeryturę lub rentę. / Bor du utomlands och får pension eller livränta från den polska socialförsäkringsmyndigheten? Om du fyller i detta formulär kan vi fortsätta betala ut pension eller livränta till dig.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI. / Fyll i med STORA BOKSTÄVER.
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem). / Skriv med svart eller blått (använd inte blyertspenna).
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). / Fyll i sektionerna ”Dina uppgifter (förmånstagaren) och ”Förklaring” och underteckna egenhändigt. Om du inte kan underteckna formuläret själv (t.ex. på grund av bruten arm) kan den undertecknas av personen som vårdar dig (läs informationen bifogad till förklaringen).
4. Sekcję „Poświadczenie podpisu” wypełnia osoba lub instytucja, która poświadczy własnoręczność podpisu złożonego przez Ciebie lub Twojego opiekuna. / Sektionen ”Vidimering av underskrift” fylles i av personen eller institutionen som intygar att dokumentet är undertecknat av dig eller din vårdare.

**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.

**Viktigt!** Skicka undertecknad förklaring till vår adress som finns i övre vänstra hörnet <senast X/inom Y dagar från den dag du fått detta formulär>. Om du inte gör det måste vi innehålla betalningar tills vi får detta formulär.

**Twoje dane (świadczeniobiorcy) / Dina uppgifter (förmånstagaren)**

PESEL  
Personligt identifieringsnummer  
Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość  
ID-handlingens typ, serie och nummer

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

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Uppges om du inte har något personligt identifieringsnummer

Data urodzenia  
Födelsedatum

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

**dd / mm / rrrr**  
**dd / mm / åååå**

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL / Uppges om du inte har något personligt identifieringsnummer

Imię  
Förnamn

Nazwisko  
Efternamn

Imię ojca  
Faderns namn

Dodatková informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. Nie musisz jej podawać /  
Tilläggsupplysning som underlättar identifiering. Ej obligatoriskt

## Twój adres zamieszkania / Din bostadsadress

Ulica  
Gatuadress

Numer domu  
Husnummer

Numer lokalu  
Lägenhetsnummer

Kod pocztowy  
Postnummer

Miejscowość  
Ort

Nazwa państwa  
Land

## Oświadczenie / Förklaring

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że / Jag bekräftar med min namnteckning att

nadal mam / jag fortfarande har

osoba wskazana w sekcji „Twoje dane (świadzeniobiorcy)” ma /  
personen som anges i sektionen ”Dina uppgifter (förmånstagaren)”  
fortfarande har

Zaznacz, gdy jesteś upoważnioną osobą, która sprawuje faktyczną opiekę  
nad świadczeniobiorcą. / Kryssa i om du vårdar förmånstagaren.

prawo pobierać emeryturę albo rentę z ZUS.  
rätt att erhålla pension eller livränta från den polska försäkringsmyndigheten.

Data  
Datum

dd / mm / rrrr  
dd / mm / åååå

Podpis świadczeniobiorcy albo upoważnionej osoby sprawującej faktyczną opiekę nad  
świadczeniobiorcą. / Förmånstagarens eller vårdarens underskrift.

## Poświadczenie podpisu / Vidimering av underskrift

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. / Fylls i av behörig myndighet  
eller personen som har behörighet att intyga att underskriften är egenhändig i landet där du bor, t.ex. notarius publicus, socialförsäkringsmyndighet  
eller en behörig anställd vid en polsk diplomatisk beskickning eller ett polskt konsulat.

Potwierdzam własnoręczność podpisu złożonego przez świadczeniobiorcę albo upoważnioną osobę, która sprawuje faktyczną  
opiekę nad świadczeniobiorcą. / Jag bekräftar härmed att förmånstagarens eller den behöriga vårdarens underskrift är egenhändig.

Miejscowość  
Ort

dd / mm / rrrr  
dd / mm / åååå

Data  
Datum

Podpis i pieczęta  
Underskrift och stämpel

Abyśmy mogli potwierdzić elektronicznie w instytucji zagranicznej Twoje prawo do pobierania polskiego świadczenia, podaj, jeśli mieszkasz w: / För att vi ska kunna bekräfta din rätt till att erhålla förmåner från Polen elektroniskt med en utländsk myndighet, ska du ange följande nummer beroende på vilket land du bor i:

1. Australii / Australien – Customer Reference Number (CRN),
2. Chorwacji / Kroatien – Jedinstveni matični broj građana (JMBG), Osobni identifikacijski broj (OIB),
3. Danii / Danmark – CPR-nummer, personnummer,
4. Hiszpanii / Spanien – Documento nacional de identidad (DNI), Número de identidad de extranjero (NIE) lub Número de Identificación Fiscal (NIF),
5. Holandii / Holland – Burgerservicenummer (BSN),
6. Niemczech / Tyskland – Postabrechnungsnummer (PANR) / Postrentennummer (PRNR),
7. Szwecji / Sverige – Personnummer,
8. Wielkiej Brytanii / Storbritannien – National Insurance Number (NIN),
9. Włoszech / Italien – Codice fiscale.

Wpisz zagraniczny numer ubezpieczenia / Ange den utländska försäkringens nummer

Nie masz obowiązku podawać nam zagranicznego numeru ubezpieczenia. Jednak jeśli nam go udostępnisz, będziemy mogli w Twojej sprawie kontaktować się elektronicznie z instytucją ubezpieczeniową państwa, w którym mieszkasz. Oznacza to, że w przyszłości nie będziemy Cię prosić o przesłanie nam takiego oświadczenia. / Du behöver inte ange den utländska försäkringens nummer men om du gör det, har vi möjlighet att ha kontakt med försäkringsmyndigheten i landet där du bor på elektronisk väg. Detta innebär att vi framöver inte kommer att be dig om att skicka denna förklaring.

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>

De uppgifter som avses i artikel 13, stycke 1 och 2 i Europaparlamentets och Rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), finns tillgängliga i centralen eller den polska socialförsäkringsmyndighetens filialer samt på dessa webbsida: <https://bip.zus.pl/rodo>

## INFORMACJA

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

## INFORMATION

**till förklaring av person som bor utomlands  
om rätt till polsk pension eller livränta**

---

### 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. Varför skickar vi denna förklaring till dig och vad behöver du göra

Vi skickar denna förklaring eftersom du erhåller polsk pension eller livränta och bor utomlands. Fyll i och underteckna den så att vi kan fortsätta med betalningar. Din underskrift behöver vidimeras av en behörig person (se: fråga 4). Skicka undertecknat och vidimerat formulär inom angiven tid och till den adress som anges på den första sidan.

### 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. Varför behöver du fylla i formuläret

Enligt polsk lagstiftning [1] upphör rätten till förmåner från den polska socialförsäkringsmyndigheten i följande fall:

- 1) ett av villkoren avseende denna rätt inte uppfylls längre,
- 2) den berättigade personen har dött.

Du behöver bekräfta att du följande har rätt till denna förmån.

### 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. Vad ska du göra om du vårdar en person som erhåller pension eller livränta och inte kan underteckna förklaringen

Du som vårdar en förmånstagare som inte är i stånd att underteckna handlingen själv kan bekräfta att han eller hon har rätt att fortsätta erhålla förmånen genom att underteckna handlingen istället för personen du vårdar. [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. Vem ska vidimera din underskrift

Din underskrift ska vidimeras av:

- behörig myndighet eller person som har behörighet att vidimera underskrifter i landet där du bor, t.ex. notarius publicus,

- en behörig anställd vid en polsk diplomatisk beskickning eller ett polskt konsulat,
- en behörig anställd vid socialförsäkringsmyndighet om detta är tillåtet enligt lagstiftningen i landet där du bor.

## 5. Co się stanie, jeśli nie dostarczysz nam oświadczenia

Jeśli nie przekażesz nam tego oświadczenia, wydamy decyzję, która wstrzyma wypłatę Twojej emerytury albo 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. Vad händer om du inte skickar tillbaka förklaringen

Om du inte skickar denna förklaring till oss beslutar vi att innehålla din pension eller livränta. Betalningar stoppas [3]:

- från den månad då vi fattat beslutet ifråga eller
- från månaden därpå om vi inte kan stoppa tidigare betalningar.

Vi betala dina förmåner igen den månad då du lämnar in korrekt ifyllt formulär [4] till vårt kontor.

## 6. Dlaczego prosimy Cię o podanie Twojego zagranicznego numeru ubezpieczenia

Nie masz obowiązku podawać nam tego numeru. Jednak jeśli nam go udostępnisz, będziemy mogli w Twojej sprawie kontaktować się elektronicznie z instytucją ubezpieczeniową państwa, w którym mieszkasz. Oznacza to, że w przyszłości nie będziemy Cię już prosić o przesłanie nam takiego oświadczenia.

## 6. Varför ber vi dig om att uppge ditt utländska försäkringsnummer

Du behöver inte uppge detta nummer. Om du gör det, har vi dock möjlighet att ha kontakt med försäkringsmyndigheten i landet där du bor på elektronisk väg. Detta innebär att vi framöver inte kommer att be dig om att skicka denna förklaring.

### Ważne!

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

### Viktigt!

Har dina uppgifter, t.ex. bankkontonummer eller adress ändrats, ska du informera oss så fort som möjligt.

## 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.

## Lagrum

[1] Artikel 101 i lagen av den 17 december 1998 om pensioner och livräntor från den polska socialförsäkringsmyndigheten (Polsk författningssamling år 2020, punkt 53 med ändringar), vidare kallad pensionslagen.

[2] Artikel 128 stycke 1 och stycke 2 i pensionslagen.

[3] Artikel 134 stycke 1 stycke 2 och stycke 2 punkt 2 i pensionslagen.

[4] Artikel 135 stycke 1 i pensionslagen.