

WNIOSEK O EMERYTURĘ POMOSTOWĄ DLA OSÓB, KTÓRE MAJĄ OKRESY UBEZPIECZENIA/ ZAMIESZKANIA ZA GRANICĄ

Data sporządzenia wniosku
przez płatnika składek

dd	/	mm	/	rrrr			

Pieczęć i podpis osoby upoważnionej przez płatnika składek

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli starasz się o emeryturę pomostową i byłeś ubezpieczony lub miałeś okresy zamieszkania w państwach UE/ EFTA lub w państwach, z którymi Polska zawarła dwustronną umowę o zabezpieczeniu społecznym. Ustalimy Twoje prawo do emerytury pomostowej z ZUS i obliczymy jego wysokość. Ustalimy również kapitał początkowy, jeśli nie złożyłeś wniosku w tej sprawie.

Twój wniosek prześlemy do zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej, która ustali Twoje prawo do emerytury.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane wnioskodawcy

PESEL										
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość										
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL									
NIP										
	Podaj, jeśli Twoim identyfikatorem podatkowym jest NIP									
Imię										
Nazwisko										
Data urodzenia										
	dd	/	mm	/	rrrr					Płeć <input type="checkbox"/>
	(K-kobieta/ M-mężczyzna)									
Nazwisko rodowe (zgodne z aktem urodzenia)										
Poprzednio używane nazwiska										
Imię i nazwisko ojca										
Imię i nazwisko rodowe matki										
Numer telefonu										
	Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie									
Adres e-mail										
Stan cywilny										
	Kawaler/ panna, konkubinat, żonaty/ zamężna, w separacji, po rozwodzie, ponowne małżeństwo, wdowiec/ wdowa, związek partnerski									

Obywatelstwo

Miejsce urodzenia

**Adres zameldowania na pobyt stały w Polsce/ adres ostatniego zameldowania na pobyt stały w Polsce/
adres miejsca pobytu w Polsce**

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ Dzielnica

Aktualny adres zamieszkania

Podaj, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały w Polsce

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ Dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż aktualny adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ Dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Zakres wniosku

Wnoszę o przyznanie emerytury pomostowej

Oświadczenia wnioskodawcy

1. Złożyłem wniosek o świadczenie Mam przyznane świadczenie Nie dotyczy

Wybierz rodzaj świadczenia

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> emerytura | <input type="checkbox"/> renta inwalidzka | <input type="checkbox"/> renta rodzinna |
| <input type="checkbox"/> emerytura częściowa | <input type="checkbox"/> renta z tytułu niezdolności do pracy | <input type="checkbox"/> renta socjalna |
| <input type="checkbox"/> świadczenie przedemerytalne | <input type="checkbox"/> nauczycielskie świadczenie kompensacyjne | <input type="checkbox"/> uposażenie |

Wybierz instytucję

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> ZUS | <input type="checkbox"/> Wojskowe Biuro Emerytalne | <input type="checkbox"/> jednostka organizacyjna wymiaru sprawiedliwości |
| <input type="checkbox"/> KRUS | <input type="checkbox"/> Biuro Emerytalne Służby Więziennej | <input type="checkbox"/> Zakład Emerytalno-Rentowy MSWiA |

Podaj miejscowość siedziby instytucji oraz numer sprawy

2. Złożyłem wniosek obecnie Pobieram Nie dotyczy

Wybierz rodzaj świadczenia

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy | <input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne | <input type="checkbox"/> zasiłek z opieki społecznej |
| <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych | <input type="checkbox"/> świadczenie pieniężne z powiatowego urzędu pracy | |

3. Pobieram:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ryczałt energetyczny | <input type="checkbox"/> ekwiwalent węglowy |
|---|---|

Podaj jednostkę ZUS, która wypłaca świadczenie oraz numer sprawy

4. Po przyznaniu emerytury pomostowej zamierzam nie zamierzam

osiągać przychody(ów) (w Polsce lub za granicą) w wysokości

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> nie powodującej zawieszenia lub zmniejszenia emerytury | <input type="checkbox"/> powodującej zmniejszenie emerytury | <input type="checkbox"/> powodującej zawieszenie emerytury |
|---|---|--|

5. Pozostaję nadal w stosunku pracy (w Polsce lub za granicą) TAK NIE

Jeśli TAK, podaj wszystkich pracodawców, z którymi trwa stosunek pracy. Podaj, kiedy nastąpi rozwiązanie stosunku pracy.

6. Emeryturę pomostową proszę przekazywać na:

- podany we wniosku adres w Polsce

Wybierz adres, na który ma być przekazywana emerytura

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> zameldowania na pobyt stały | <input type="checkbox"/> zamieszkania | <input type="checkbox"/> do korespondencji |
|--|---------------------------------------|--|

10. Wypełnij, jeśli ubiegasz się o emeryturę zagraniczną z państw członkowskich UE/ EFTA

Prowadzę działalność gospodarczą w Polsce/ za granicą TAK NIE

Zamierzam przestać prowadzić działalność gospodarczą od
dd / mm / rrrr

Oświadczam, że nie uzyskuję przychodów

uzyskuję przychód w miesięcznej wysokości

Dane członków rodziny

Jeśli ubiegasz się o emeryturę zagraniczną z państw UE/ EFTA, podaj dane małżonki/ małżonka.

Dane konkubiny/ konkubenta, podaj jedynie, jeśli ubiegasz się o emeryturę z Irlandii.

Natomiast dane partnerki/ partnera w związku partnerskim podaj wyłącznie, jeśli ubiegasz się o emeryturę z Irlandii lub ze Szwajcarii.

Dane dotyczą: małżonki/ małżonka konkubiny/ konkubenta partnerki/ partnera w związku partnerskim

Imię i nazwisko

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Adres

Podaj, jeśli osoba ta mieszka pod innym adresem niż Ty

UWAGA! Podaj szczegółowe informacje dotyczące:

- małżonki/ małżonka, jeśli ubiegasz się o emeryturę ze Szwajcarii, Grecji, Hiszpanii, Irlandii, Włoch, Islandii, Litwy, Luksemburga, Malty, Holandii i Norwegii,
- konkubiny/ konkubenta, jeśli ubiegasz się o emeryturę z Irlandii,
- zarejestrowanej partnerki/ partnera, jeśli ubiegasz się o emeryturę z Irlandii lub ze Szwajcarii

Członek rodziny

1. nie pracuje pracuje i osiąga przychód roczny w wysokości:

2. nie pobiera emerytury lub renty pobiera emeryturę lub rentę

Rodzaj i numer świadczenia

Instytucja wypłacająca

Miesięczna wysokość świadczenia

3. nie pobiera innych świadczeń pobiera inne świadczenia

Rodzaj świadczenia

np. zasiłek dla bezrobotnych, zasiłek macierzyński

Miesięczna wysokość świadczenia

4. nie uzyskuje innych przychodów uzyskuje inne przychody

Rodzaj

Miesięczna wysokość

Dane dotyczące dzieci

1. Imię i nazwisko

Płeć
(K-kobieta/ M-mężczyzna)

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Stopień pokrewieństwa:

własne

adoptowane

przybrane

2. Imię i nazwisko

Płeć
(K-kobieta/ M-mężczyzna)

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Stopień pokrewieństwa:

własne

adoptowane

przybrane

3. Imię i nazwisko

Płeć
(K-kobieta/ M-mężczyzna)

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Stopień pokrewieństwa:

własne

adoptowane

przybrane

4. Imię i nazwisko

Płeć
(K-kobieta/ M-mężczyzna)

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Stopień pokrewieństwa:

własne

adoptowane

przybrane

5. Imię i nazwisko

Płeć (K-kobieta/ M-mężczyzna)

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Stopień pokrewieństwa: własne adoptowane przybrane

Załączniki

Załączam dokumentów

Sposób odbioru odpowiedzi

w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną) pocztą na adres do korespondencji wskazany we wniosku na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data
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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>