

DANE PERSONALNE

Nazwisko i imię	
Płeć	K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania <i>(ulica, kod pocztowy, miejscowość, gmina, województwo)</i>	
Adres do korespondencji <i>(ulica, kod pocztowy, miejscowość, gmina, województwo)</i>	
Data urodzenia	
PESEL <i>(w przypadku braku nr PESEL seria i numer dowodu osobistego lub paszportu)</i>	
NIP <i>(w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)</i>	
Nazwa i adres Urzędu Skarbowego	
Oddział NFZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium RP <i>(w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium RP Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ)</i>	
Obywatelstwo	
Kraj pochodzenia renty *	
Nazwa instytucji wypłacającej emeryturę/rentę	
Charakter świadczenia (zaznaczyć właściwe) <input type="checkbox"/> emerytura <input type="checkbox"/> renta zwykła <input type="checkbox"/> renta lub emerytura w związku ze służbą państwową** <input type="checkbox"/> renta inwalidzka z tytułu inwalidztwa wojennego** <input type="checkbox"/> renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy niemieckiej w latach 1939-1945 ** <input type="checkbox"/> zwiększenie emerytury i renty mające charakter dodatku rodzinnego *** <input type="checkbox"/> inne (wskazać tytuł) **	

świadczenie, w związku z którym państwo członkowskie przejęło odpowiedzialność za szkody wyrządzone osobom i zapewniło odszkodowanie takie jak: świadczenie dla ofiar wojny i działań wojennych lub ich skutków, ofiar zbrodni, zabójstw lub aktów terroryzmu, ofiar szkód spowodowanych przez funkcjonariuszy państwa członkowskiego podczas wykonywania ich obowiązków lub dla osób, które znalazły się w niekorzystnej sytuacji ze względów politycznych lub religijnych lub też ze względu na pochodzenie**

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

1. Emerytura/renta pobierana za pośrednictwem Banku BPS S.A. stanowi jedyną podstawę do ubezpieczenia zdrowotnego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

OŚWIADCZENIE O STATUSIE REZYDENCJI PODATKOWEJ

1. Posiadam na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej centrum interesów osobistych lub gospodarczych (ośrodek interesów życiowych) lub przebywam na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dłużej niż 183 dni w roku podatkowym. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--

WSZELKIE ZMIANY WYMAGAJĄ FORMY PISEMNEJ

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Klienta)

.....
(data wpływu pierwszej renty/ data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego)

.....
(czytelny podpis pracownika)

* wskazanie Danii lub Wielkiej Brytanii wymaga uzupełnienia. Przepisy o zwolnieniu z obowiązku poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne nie dotyczą rent z obszaru: Grenlandii, Wysp Owczych, Wysp Normandzkich: Jersey, Guernsey, Alderney, Herm, Sark i Wyspy Man.

** wymagany dokument instytucji zagranicznej (przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego) stwierdzający charakter świadczenia

*** wymagany dokument (przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego) stwierdzający wysokość podwyżki (zwiększenia)