

Oświadczenie o wpływie świadczenia emerytalno-rentowego z zagranicy na rachunek bankowy

Nazwisko i imię	
Płeć	K ☐ M ☐
Adres zamieszkania <i>(ulica, kod pocztowy, miejscowość, gmina, województwo)</i>	
Adres do korespondencji <i>(ulica, kod pocztowy, miejscowość, gmina, województwo)</i>	taki sam jak adres zamieszkania ☐ wskazany poniżej ☐
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 w Polsce wpisz Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ)</i>	
Obywatelstwo	

Oświadczam, że na mój rachunek o nr _____, poczynszy od dnia _____ realizowane będą na moją rzecz wpływy z tytułu świadczenia emerytalno-rentowego z zagranicy zgodnie z poniższą tabelą.

Kraj pochodzenia emerytury/renty ¹⁾	
Nazwa instytucji wypłacającej emeryturę/rentę	
Charakter świadczenia <i>(zaznaczyć właściwe)</i>	
☐ emerytura z obowiązkowego systemu ubezpieczeń ☐ renta zwykła ☐ emerytura lub renta w związku ze służbą państwową ²⁾ ☐ renta inwalidzka z tytułu inwalidztwa wojennego ²⁾ ☐ renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy niemieckiej w latach 1939-1945 ²⁾ ☐ zwiększenie emerytury i renty mające charakter dodatku rodzinnego ³⁾ ☐ inne (wskazać tytuł) ²⁾ : _____	☐ 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 ²⁾

Oświadczam, że wskazane w powyższej tabeli prawo do świadczenia emerytalno-rentowego mi przysługuje i jest aktualne.

Świadczenia będą wypłacane w terminie do dnia _____ każdego miesiąca/kwartału (*niepotrzebne skreślić*).

Oświadczam, iż zapoznałem się z postanowieniami *Regulamin obsługi zagranicznych świadczeń emerytalno-rentowych w Banku Nowym S.A.*, kwituję odbiór jednego egzemplarza tego Regulaminu i w pełni akceptuję jego postanowienia, w szczególności:

- 1) przyjmuję do wiadomości, że od wszystkich świadczeń otrzymanych z ww. Instytucji na ww. rachunek bankowy, Bank jako płatnik (zgodnie z przepisami prawa) pobierze należne składki na ubezpieczenie zdrowotne i/lub zaliczki na podatek dochodowy oraz opłaty za realizację tych płatności, jeżeli na podstawie niniejszego oświadczenia i/lub przedstawionych przeze mnie dokumentów oraz przepisów prawa i umów międzynarodowych, stwierdzi, że taki obowiązek istnieje,
- 2) zobowiązuję się zapewnić środki na ww. rachunku w wysokości niezbędnej do zapłaty tych świadczeń i opłat za realizację tych płatności,
- 3) jestem świadomy, że w przypadku, gdy nie zapewnię tych środków w dniu, w którym Bank obciąża ww. rachunek kwotą należnej składki na ubezpieczenie zdrowotne i/lub zaliczki na podatek dochodowy oraz opłat za realizację tych płatności, to spowoduje to powstanie ujemnego salda na tym rachunku, które będę zobowiązany pokryć wraz z odsetkami, których wysokość określa regulamin dotyczący ww. rachunku,
- 4) zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Bank o wszelkich zmianach dotyczących otrzymywanego świadczenia emerytalno-rentowego, w tym zaprzestania jego otrzymywania.

DANE DO USTALENIA OBOWIĄZKU PODLEGANIA UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU Z TYTUŁU EMERYTURY/RENTY

ZAGRANICZNEJ (*właściwe zaznaczyć*):

- 1) Posiadam ubezpieczenie zdrowotne (w Polsce lub państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej):

☐ TAK ☐ NIE

- 2) Posiadam ustalone **prawo do emerytury lub renty** w Polsce:

☐ TAK z tytułu: ☐ RENTY ☐ EMERYTURY ☐ NIE

- 3) Posiadam **orzeczenie o stopniu niepełnosprawności** wydane w Polsce:

☐ TAK w stopniu: ☐ lekkim ☐ umiarkowanym ☐ znacznym ☐ NIE

Oświadczenie o statusie rezydencji podatkowej

Posiadam na terytorium Polski centrum interesów osobistych lub gospodarczych (ośrodek interesów życiowych) lub przebywam na terytorium Polski dłużej niż 183 dni w roku podatkowym (*właściwe zaznaczyć*).

☐ TAK ☐ NIE

Dokumenty załączone do oświadczenia:

Przedkładam następujące dokumenty, które wykazują, iż wpływające na ww. rachunek świadczenie emerytalno-rentowe z zagranicy nie podlegają opodatkowaniu w Polsce (*proszę przekreślić, jeżeli takie dokumenty nie są dołączane do niniejszego oświadczenia*):

1) _____;

2) _____;

3) _____;

Pouczenie – w przypadku, gdy powyższe oświadczenie nie jest zgodne z prawdą, a Bank na tej podstawie podejmie decyzję o niepobieraniu zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych, nie zwalnia to podatnika od obowiązku zapłaty podatku z tytułu otrzymywanego świadczenia.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis Klienta)

WYPEŁNIA PRACOWNIK BANKU:

.....

(data wpływu pierwszej renty/ emerytury)

.....

(czytelny podpis pracownika)

¹⁾ wskazanie Danii, Francji, Hiszpanii, Portugalii lub Wielkiej Brytanii wymaga uzupełnienia o obszar, z którego pochodzi świadczenie emerytalno-rentowe, jeżeli pochodzi ono z obszaru: 1) w przypadku Danii: Grenlandii lub Wysp Owczych), 2) w przypadku Francji: Gwadelupy, Martyniki, Reunion lub Gujany Francuska, 3) w przypadku Hiszpanii: Majorki, Minorki, Ibizy lub Wysp Kanaryjskich, 4) w przypadku Portugalii: Azorów lub Madery, 5) w przypadku Wielkiej Brytanii: jednej z Wysp Normandzkich: Jersey, Guernsey, Alderney, Herm, Sark i Man

²⁾ wymagany dokument instytucji zagranicznej (przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego) stwierdzający charakter świadczenia

³⁾ wymagany dokument instytucji zagranicznej (przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego) stwierdzający wysokość podwyżki (zwiększenia)