

Oświadczenie o pobieraniu renty/emerytury zagranicznej

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

Informuję, że na mój rachunek o nr _____, poczynając od dnia _____ dokonywane będą wypłaty renty/emerytury* z zagranicy, z tytułu_____.

Instytucją dokonującą wypłaty świadczenia będzie_____.

Świadczenia będą wypłacane w terminie do dnia_____ każdego miesiąca/kwartalu*

Przyjmuję do wiadomości, że od wszystkich wpływów otrzymanych z wymienionej powyżej Instytucji, zostaną pobrane należne składki na ubezpieczenie zdrowotne i/lub zaliczki na podatek dochodowy, jeżeli w toku postępowania wyjaśniającego taki obowiązek zostanie ustalony.

O wszelkich zmianach dotyczących otrzymywanego świadczenia emerytalno-rentowego w tym zaprzestania jego otrzymywania zobowiązuję się powiadomić Bank niezwłocznie.

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**:

☐ TAK z tytułu: ☐RENTY ☐EMERYTURY

☐ NIE

- 3) Posiadam **orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**:

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

☐ NIE posiadam orzeczenia

Oświadczenie o statusie rezydencji podatkowej

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.

☐ TAK

☐ NIE

Pozostałe oświadczenia



- **zaznaczyć x** – jeżeli Klient oświadcza, że: przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że Bank Nowy S.A., z tytułu wypłaty otrzymywanego świadczenia, będzie pobierał jako płatnik zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych *(dotyczy sytuacji, w której świadczenie w świetle przekazanych Bankowi dokumentów oraz oświadczeń, nie jest objęte zwolnieniem przedmiotowym lub podmiotowym, z podatku dochodowego od osób fizycznych, WYNIKAJĄCEGO Z USTAWY LUB UMOWY MIĘDZYNARODOWEJ)*

lub



- **zaznaczyć x** – jeżeli Klient oświadcza, że: z uwagi na umowę o unikaniu podwójnego opodatkowania obowiązującą pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a _____ przy ewentualnym obowiązku uwzględnienia Konwencji MLI, świadczenie otrzymywane z zagranicy korzysta ze zwolnienia przedmiotowego/podmiotowego, z podatku dochodowego od osób fizycznych, wynikającego z przepisu art./§ _____, wyżej opisanej umowy o unikaniu podwójnego opodatkowania, na dowód czego przedkładam następujące dokumenty:

1) _____;

2) _____;

3) _____;

Pouczenie – w przypadku, gdyby powyższe oświadczenie nie polegało na prawdzie, 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.

WSZELKIE ZMIANY WYMAGAJĄ FORMY PISEMNEJ

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis Klienta)

KLAUZULA INFORMACYJNA
ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

[Administrator i dane kontaktowe]

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Bank Nowy S.A. z siedzibą w Poznaniu, ul. Małe Garbary 8, 61-756 Poznań. Bank Nowy S.A. wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod adresem e-mail: iod@banknowy.pl, pod numerem telefonu +48 607879661 lub pisemnie na adres naszej siedziby wskazany powyżej.

[Cele przetwarzania danych]

Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane dla celów odpowiednio wypłaty renty lub emerytury, pobierania zaliczki na podatek dochodowy, składki zdrowotnej oraz prowizji od rent i emerytur zagranicznych.

[Kategorie danych, źródło pochodzenia danych]

Bank Nowy S.A. będzie przetwarzał w powyższych celach zarówno dane osobowe podane administratorowi bezpośrednio przez Pana/Panią, jak również dane osobowe dotyczące podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, udostępnione administratorowi przez właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w odniesieniu do Pana/Pani.

[Podstawa prawna przetwarzania danych]

Przetwarzanie przez Bank Nowy S.A. Pana/Pani danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – „RODO”, w zw. z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. 2016 r. poz. 2032 z późn. zm.), ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.), zapisami umów o unikaniu podwójnego opodatkowania, przepisami rozporządzenia Rady i Parlamentu Europejskiego (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, rozporządzenia Rady i Parlamentu Europejskiego nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającego rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344, z dn. 29.12.2010, s. 1).

Podanie danych osobowych w zakresie wskazanym powyżej jest obowiązkowe w związku z tym, iż przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Banku Nowym S.A., jako administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) na podstawie wyżej wskazanych przepisów prawa.

[Okres przechowywania danych]

Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa podatkowego tj. począwszy od dnia złożenia formularza przed wypłatą pierwszej renty/emerytury, maksymalnie przez okres 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego w którym zaistniał obowiązek poboru zaliczki na podatek dochodowy oraz/lub przepisami ZUS tj. 5 lat.

[Przekazywanie danych]

Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępniane przez Bank Nowy S.A. podmiotom upoważnionym do tego na podstawie przepisów prawa (np. ZUS, US, NFZ), w tym w przypadku wyrażenia zgody na udostępnienie do innych podmiotów, których zapytanie o zgodę dotyczy. Ponadto dane osobowe mogą być ujawniane następującym grupom podmiotów:

- a) osobom upoważnionym przez Bank Nowy S.A., tj. pracownikom i współpracownikom Banku Nowego S.A., którzy mają dostęp do danych w związku z wykonywanymi obowiązkami i dla celów kontaktowych;
- b) podmiotom, którym Bank Nowy S.A. powierzył przetwarzanie danych osobowych w celu wsparcia i ułatwienia wykonywania swojej działalności, w szczególności podmiotom, które udostępniają Bankowi Nowemu S.A. swoją infrastrukturę informatyczną, odpowiadają za ochronę budynku oraz serwis oprogramowania systemu kadrowo-płacowego i zapewniają usługi z tym związane, aby w ten sposób możliwe było m. in. sprawniejsze zarządzanie firmą, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora;
- c) innym odbiorcom danych np. kurierom, bankom, ubezpieczycielom, kancelariom prawnym.

[Prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z powyższą klauzulą informacyjną.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Klienta)

WYPEŁNIA PRACOWNIK BANKU:

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

.....
(czytelny podpis pracownika)

* wskazanie Danii lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej 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)