

**WNIOSEK O ŚWIADCZENIA KOREAŃSKIE
NA PODSTAWIE UMOWY O ZABEZPIECZENIU SPOŁECZNYM
MIĘDZY RZECZĄPOSPOLITĄ POLSKĄ A REPUBLIKĄ KOREI****DO WYPEŁNIENIA
PRZEZ INSTYTUCJĘ
ZABEZPIECZENIA
SPOŁECZNEGO**

Data otrzymania:

Potwierdzone przez:

* . / Należy wypełnić odpowiednie sekcje.

* . / Należy dołączyć odpowiednie dokumenty dowodowe.

A. /INFORMACJE OGÓLNE**1.** . / Należy zaznaczyć krzyżykiem (x) rodzaj świadczenia, którego wniosek dotyczy / Emerytura / Renta z tytułu niezdolności do pracy / Renta rodzinna / Emerytura dzielona / Świadczenie ryczałtowe**2.** /Informacje o osobie ubezpieczonej

a) /Nazwisko i imiona	/ Imiona	/Ostatnie	b) /Płeć	<input type="checkbox"/> /Mężczyzna <input type="checkbox"/> /Kobieta
c) /Nazwisko rodowe	/ Imiona	/Ostatnie	d) /Data urodzenia	/M /D /R
e) () / Koreański Krajowy Numer Emerytalny lub Numer Rejestracyjny Zamieszkania (Cudzoziemca)	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
F) / Polski numer identyfikacyjny				
g) /Miejsce urodzenia			h) / Obywatelstwo	
i) /Adres	(/ Kod pocztowy)			
j) / Numer telefonu			k) / Adres e-mail	

3. (2) / Informacje o wnioskodawcy (Należy wypełnić tylko w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą inną niż wyżej wymieniona osoba ubezpieczona)

a) /Nazwisko i imiona	/ Imiona	/Ostatnie	c) /Płeć	<input type="checkbox"/> /Mężczyzna <input type="checkbox"/> /Kobieta
b) /Data urodzenia	/M /D /R			
d) / Stopień pokrewieństwa z osobą ubezpieczoną				
e) /Adres	(/ Kod pocztowy)			
f) / Numer telefonu			g) / Adres e-mail	

h) / W przypadku osoby nieletniej należy podać nazwisko jej prawnego przedstawiciela/pełnomocnika	/ Imiona	/Ostatnie	i) / Podpis prawnego przedstawiciela/ pełnomocnika	
---	----------	-----------	---	--

4. /Informacje o osobach pozostających na utrzymaniu osoby ubezpieczonej

a) (), 18 (), 60 ()

Małżonek(ka) (włącznie z małżonkami według prawa zwyczajowego), dzieci do 18 roku życia lub dotknięte ciężką niepełnosprawnością (włącznie z prawnie adoptowanymi), rodzice po ukończeniu 60 lat życia lub dotknięci ciężką niepełnosprawnością (włącznie z rodzicami małżonka(i))

* /W razie potrzeby należy dołączyć osobną kartkę.

/Nazwisko i imiona	() /Data urodzenia (lub koreański Numer Rejestracyjny Zamieszkania)	Jest /niepełnosprawny lub nie	/Adres	/Stopień pokrewieństwa z osobą ubezpieczoną
		<input type="checkbox"/> / Tak <input type="checkbox"/> /Nie		
		<input type="checkbox"/> / Tak <input type="checkbox"/> /Nie		
		<input type="checkbox"/> / Tak <input type="checkbox"/> /Nie		
		<input type="checkbox"/> / Tak <input type="checkbox"/> /Nie		

b) ? /Czy któraś z wyżej wymienionych osób pozostających na utrzymaniu otrzymuje jakiegokolwiek świadczenia na podstawie koreańskiej ustawy o Krajowych Emeryturach?
 /Tak /Nie

“ ” ?
Jeżeli “Tak”, należy podać jej nazwisko i imiona, koreański Krajowy Numer Emerytalny i rodzaj świadczenia

/Nazwisko i imiona	/ Imiona	/Ostatnie
/Koreański Krajowy Numer Emerytalny	-	
/Rodzaj świadczenia	<input type="checkbox"/> /Emerytura	<input type="checkbox"/> /Renta z tytułu niezdolności do pracy
	<input type="checkbox"/> /Renta rodzinna	<input type="checkbox"/> /Refundacja ryczałtowa <input type="checkbox"/> /Emerytura dzielona

5. /Wybór świadczenia

* 2 /Należy zaznaczyć krzyżykiem (x) tylko w przypadku, gdy Pan(i) ma prawo do ubiegania się o dwa lub więcej świadczeń.

a) / Prawo do ubiegania się o świadczenia	<input type="checkbox"/> /Emerytura	<input type="checkbox"/> /Renta z tytułu niezdolności do pracy
	<input type="checkbox"/> /Renta rodzinna	<input type="checkbox"/> /Refundacja ryczałtowa <input type="checkbox"/> /Emerytura dzielona
b) / Wybrane świadczenie	<input type="checkbox"/> /Emerytura	<input type="checkbox"/> /Renta z tytułu niezdolności do pracy
	<input type="checkbox"/> /Renta rodzinna	<input type="checkbox"/> /Refundacja ryczałtowa <input type="checkbox"/> /Emerytura dzielona

6. () /

Zgłoszenie wniosku przez prawnego przedstawiciela/ pełnomocnika (Należy wypełnić tylko w przypadku zgłoszenia wniosku przez prawnego przedstawiciela/ pełnomocnika)

* /Należy dołączyć odpowiednie dokumenty dotyczące uprawnień przedstawiciela.

a) /Powód zgłoszenia wniosku przez przedstawiciela/ pełnomocnika			
<input type="checkbox"/> /Nieletność	<input type="checkbox"/> /Ubezważnowolnienie	<input type="checkbox"/> /Pobyt za granicą	
<input type="checkbox"/> /Służba wojskowa	<input type="checkbox"/> /Pobyt w więzieniu	<input type="checkbox"/> /Inny	
b) /Nazwisko i imiona przedstawiciela/ pełnomocnika	/ Imiona	/Ostatnie	c) / Numer telefonu
d) / Adres	(/Kod pocztowy)	e) / Adres e-mail	
f) / Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą		g) / Podpis wnioskodawcy	

B. / WNIOSK O EMERYTURĘ

1. 65 ?/Jeżeli Pan(i) ma mniej niż 65 lat, to czy nadal wykonuje działalność zawodową, z której dochód podlega opodatkowaniu w Korei?

“ ”

/ Tak Jeżeli “Tak”, kwota _____
 / dziennie / tygodniowo
 / miesięcznie / rocznie

/ Nie

1-1. ./Należy zaznaczyć krzyżykiem (x) rodzaj dochodów

/Praca na własny rachunek /Zatrudnienie

* 65
 Jeżeli Pan(i) zakończył(a) lub ponownie podjął(ęła) pracę przed ukończeniem 65 lat, należy niezwłocznie powiadomić o tym fakcie koreański Krajowy Zakład Emerytalny.

C. / WNIOSK O EMERYTURĘ DZIELONĄ

Informacje o emerycie		Data początkowa uprawnień do emerytury	Okres małżeństwa (/M /D /R~ /M /D /R)
/ Nazwisko i imiona	/ Koreański Krajowy Numer Emerytalny		
			~
			~
			~

D. /WNIOSEK O RENTĘ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. / Informacje dotyczące niezdolności do pracy

a) / Data początkowa niezdolności	/M /D /R	b) / Przyczyna niezdolności	<input type="checkbox"/> / Choroba <input type="checkbox"/> / Uraz
---	----------	-----------------------------------	---

c) Historia niezdolności

	/ Instytucja	/ Lokalizacja	/ Okres	/Diagnoza
--	--------------	---------------	---------	-----------

/Pierwsze badanie lekarskie				
-----------------------------	--	--	--	--

/Ostatnie badanie lekarskie				
-----------------------------	--	--	--	--

2. , ?/

Czy w związku z niezdolnością otrzymywał(a) Pan(i) świadczenie z tytułu niezdolności do pracy na podstawie koreańskiej ustawy o ubezpieczeniu odszkodowawczym z tytułu wypadków przy pracy, koreańskiej ustawy o standardach pracy lub koreańskiej ustawy o marynarzach?

/ Tak / Nie

3. 3 ?/

Jeżeli niezdolność spowodowana była przez osobę trzecią, czy Pan(i) otrzymał(a) od niej rekompensatę (odszkodowanie)?

/Tak Jeżeli "Tak", należy podać kwotę otrzymanej rekompensaty (odszkodowania). _____

/Nie

4. 3 / Informacje o osobie(ach) trzeciej(ch)

* 3 2 /Jeżeli „trzecie osoby” są dwie lub więcej, należy podać określone poniżej informacje na osobnej kartce.

a) / W przypadku osoby

/ Nazwisko i imiona	/ Imiona	/Ostatnie	()/ Data urodzenia (lub koreański Numer Rejestracyjny Zamieszkania)
---------------------	----------	-----------	--

/ Adres	(/Kod pocztowy)
---------	------------------

/ Numer telefonu	/ Adres e-mail
------------------	----------------

b) / W przypadku firmy

/ Nazwa firmy	/ Numer rejestracyjny firmy lub REGON
---------------	---------------------------------------

/ Adres firmy	
---------------	--

/ Numer telefonu	/ Nazwisko i data urodzenia przedstawiciela firmy
------------------	---

5. /Jeżeli nastąpi poprawa stanu mojego zdrowia, zgadzam się niezwłocznie powiadomić o tym fakcie koreański Krajowy Zakład Emerytalny.

Podpis osoby ubezpieczonej/ wnioskodawcy _____

E. /WNIOSEK O RENTĘ RODZINNA

1. /Informacje dotyczące zgonu

a) /Data zgonu / Przepuszczalna data zgonu

/M /D /R

b) /Miejsce zgonu / Przepuszczalne miejsce zgonu

c) / Przepuszczalna przyczyna zgonu /Choroba /Uraz /Inna ()

d) () / Ogólne informacje dotyczące przyczyny zgonu (włącznie z czasem trwania choroby, jeżeli przyczyną zgonu była choroba)

2. /Informacje o świadczeniobiorcach równouprawnionych

* 2 / Należy wypełnić tylko w przypadku dwóch lub więcej świadczeniobiorców równouprawnionych, wliczając siebie samego/a.

a) / Liczba świadczeniobiorców równouprawnionych: /Osób
* : 18 ,60 /
Świadczeniobiorcy równouprawnieni: żyjące dzieci w wieku do 18 lat, żyjący rodzice w wieku powyżej 60 lat itp.

b) /Jeżeli jest Pan(i) wyznaczonym(a) przedstawicielem(ka) świadczeniobiorców równouprawnionych, należy wypełnić poniższą tabelę i uzyskać ich podpisy w zaznaczonych polach.

/ Nazwisko i imiona		()Data urodzenia (lub koreański Numer Rejestracyjny Zamieszkania)	/ Adres	/ Stopień pokrewieństwa z osobą ubezpieczoną	/ Podpis
/ Imiona	/Ostatnie				
/ Imiona	/Ostatnie				
/ Imiona	/Ostatnie				

3. , ?

Czy otrzymywał(a) Pan(i) rentę rodzinną z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej na podstawie koreańskiej ustawy o ubezpieczeniu odszkodowawczym z tytułu wypadków przy pracy, koreańskiej ustawy o standardach pracy lub koreańskiej ustawy o marynarzach?

/ Tak / Nie

4. 3 , 3 ?

Jeżeli zgon osoby ubezpieczonej spowodowany był przez osobę trzecią, czy Pan(i) otrzymał(a) od niej rekompensatę (odszkodowanie)?

- “ ” , / _____ KRW
 /Tak Jeżeli “Tak”, należy podać kwotę otrzymanej rekompensaty (odszkodowania) _____ USD
 /Nie

5. 3 / Informacje o osobie(ach) trzeciej(ch)

* 3 2 ./Jeżeli “osoby trzecie” są dwie lub więcej, należy podać określone poniżej informacje na osobnej kartce.

a) /W przypadku osoby

Nazwisko i imiona	/ Imiona	/ Ostatnie	()/ Data urodzenia (lub koreański Numer Rejestracyjny Zamieszkania)
/ Adres			
/ Numer telefonu		/ Adres e-mail	

b) / W przypadku firmy

/ Nazwa firmy		/ Numer rejestracyjny firmy lub REGON	
/ Adres firmy			
/ Numer telefonu		/ Adres e-mail	

F. /WNIOSEK O ŚWIADCZENIE RYCZAŁTOWE**1.** ? / Jaka jest przyczyna złożenia wniosku o świadczenie ryczałtowe?

- / Zgon osoby ubezpieczonej 60 / Osiągnięcie wieku 60 lat
 () /Zrzeczenie się obywatelstwa koreańskiego (Emigracja z Korei)

2. . / Należy wypełnić tylko w przypadku zgonu osoby ubezpieczoneja) /Data zgonu /Przypuszczalna data zgonu /M /D /Rb) /Miejsce zgonu /Przypuszczalne miejsce zgonuc) /
Przyczyna zgonu /Choroba /Wypadek /Inna ()

d) ()Ogólne informacje dotyczące przyczyny zgonu (włącznie z czasem trwania choroby, jeżeli przyczyną zgonu była choroba)

3. /Informacje o świadczeniobiorcach równouprawnionych

* 2 . /Należy wypełnić tylko w przypadku dwóch lub więcej świadczeniobiorców równouprawnionych, wliczając siebie samego(a).

a) / Liczba świadczeniobiorców równouprawnionych: /Osób

* : 18 , 60

Świadczeniobiorcy równouprawnieni do refundacji ryczałtowej z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej: żyjące dzieci w wieku do 18 lat, żyjący rodzice w wieku powyżej 60 lat itp.

* : 18 , 60

Świadczeniobiorcy równouprawnieni do świadczenia ryczałtowego z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej: żyjące dzieci w wieku powyżej 18 lat, żyjący rodzice w wieku do 60 lat, rodzeństwo itp.

b) . /Jeżeli jest Pan(i) przedstawicielem(ką) świadczeniobiorców równouprawnionych, należy wypełnić poniższą tabelę i uzyskać ich podpisy w zaznaczonych polach.

/ Nazwisko i imiona		() / Data urodzenia (lub koreański Numer Rejestracyjny Zamieszkania)	/Adres	/ Podpis
/ Imiona	/Ostatnie			
/ Imiona	/Ostatnie			
/ Imiona	/Ostatnie			

4. / Potwierdzenie* . /
Wyrażając zgodę na pobieranie refundacji ryczałtowej, rozumiem, że nie mogę pobierać emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy ani renty rodzinnej.

/Nazwisko świadczeniobiorcy

/ Podpis:

G. /SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

* /Należy przedłożyć zaświadczenie banku lub wzór czeku zawierający nazwisko wnioskodawcy i numer konta w przypadku wypłaty bezpośredniej.

* /Konto musi być założone na nazwisko wnioskodawcy.

<input type="checkbox"/> / Wypłata bezpośrednia (tylko do banku koreańskiego)		<input type="checkbox"/> / Wypłata za granicę			
		<input type="checkbox"/> / ()/ Czek (na adres inny niż koreański)	<input type="checkbox"/> / Wypłata bezpośrednia (do banku innego niż koreański) * / Ponizej należy podać instytucję finansową i numer konta.		
/ Nazwa banku		/ Adres, na który przekazywane będą czeki	/ Państwo		
/ Numer konta			& / Nazwa banku i oddziału		
			& / Numer banku i oddziału		
			/ Adres banku		
/ Właściciel konta		* / Numer skrytki pocztowej nie jest akceptowany	/ Numer konta		
			/ Właściciel konta		

/ Wybrana waluta dla wypłaty	* / Spośród podanych niżej walut należy wybrać jedną, w której dokonywane będą wypłaty.								
	USD	CAD	AUD	NZD	NOK				
	JPY	CHF	HKD	DKK	THB				
	GBP	SEK	EUR	SGD					

* , "USD" / W niektórych nieuniknionych okolicznościach wypłata może być dokonana w USD zamiast w wybranej walucie.

/ Ogólne zasady i warunki wypłaty świadczeń za granicę	<p>1. / Świadczenie, o które osoba zainteresowana wnioskuje za granicą, będzie przekazywane bezpośrednio do świadczeniobiorcy. Jeżeli w imieniu świadczeniobiorcy za granicą wniosek o świadczenie składa pełnomocnik w Korei, świadczenie będzie w zasadzie wypłacane ubezpieczonemu, ale pod pewnymi warunkami może też być wypłacane pełnomocnikowi w Korei.</p> <p>2. () , () , / W przypadku wypłaty za granicę wypłata ta dokonywana będzie przede wszystkim drogą bezpośrednią. Na życzenie świadczeniobiorcy wypłata może być również dokonywana czekiem. Odnośnie kosztów wypłaty za granicę, takich jak koszty transferu, koszty SWIFT i koszty opłat banków zagranicznych, to Krajowy Zakład Emerytalny Korei będzie pokrywał koszty transferu oraz koszty SWIFT w przypadku wypłaty bezpośredniej (lub koszty transferu i opłaty pocztowe w przypadku czeków), świadczeniobiorca natomiast będzie obciążony pokryciem kosztów transferu i kosztów banków zagranicznych (lub kosztów transferu i opłatami pocztowymi w przypadku czeków), jeżeli z winy świadczeniobiorcy nie będzie możliwe zidentyfikowanie jego konta.</p> <p>3. / US () Świadczenie będzie wypłacane w walucie wybranej przez świadczeniobiorcę z listy walut lub w USD. Kursem wymiany walut będzie bezpośredni depozytowy kurs sprzedaży z dnia wypłaty.</p>
--	--

H. /WYMAGANE DOKUMENTY W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU ŚWIADCZENIA

Wnioskodawca powinien dołączyć dokumenty w oryginale lub ich kopie poświadczone za zgodność.

Dokumenty do wszystkich świadczeń	<ul style="list-style-type: none">- Dowody dotyczące identyfikacji wnioskodawcy: koreańska karta rejestracyjna zamieszkania /karta rejestracyjna cudzoziemca lub paszport- Dowody dotyczące konta bankowego świadczeniobiorcy: kopia książeczki bankowej świadczeniobiorcy itp.- Dowody dotyczące upoważnienia w przypadku złożenia wniosku przez pełnomocnika: zaświadczenie o imiennej zgodzie itp.
Dokumenty do wszystkich świadczeń z wyjątkiem świadczeń zryczałtowanych	<ul style="list-style-type: none">- Dokument potwierdzający zamieszkanie wnioskodawcy(ów): W przypadku zamieszkania w Korei – zaświadczenie rejestracji zamieszkania lub zaświadczenie o rejestracji cudzoziemca. W przypadku zamieszkania w innym państwie – dokument o zamieszkanu w tym państwie.- Dowód potwierdzający fakt, że małżonka(i) pozostawała na utrzymaniu osoby ubezpieczonej: akt małżeństwa, koreańskie zaświadczenie rejestracji zamieszkania i kopia rejestracji związku rodzinnego lub dokument związku małżeńskiego według prawa zwyczajowego- Dowód, że osoby zależne inne niż małżonka(ek) pozostawały na utrzymaniu osoby ubezpieczonej: akt urodzenia lub akt chrztu albo koreańskie zaświadczenie rejestracji zamieszkania dla każdego zależnego pozostającego na utrzymaniu osoby ubezpieczonej, a także dowód niezdolności dla dzieci w wieku powyżej 18 lat dotkniętych ciężką niepełnosprawnością lub rodziców do 60 roku życia dotkniętych ciężką niepełnosprawnością pozostających na utrzymaniu osoby ubezpieczonej.
Tylko do emerytury dzielonej	<ul style="list-style-type: none">- Dowód, że wnioskodawca był(a) małżonkiem(a) osoby pobierającej emeryturę: akt małżeństwa itp.- Dowód, że wnioskodawca był rozwiedziony(a) z osobą pobierającą emeryturę: zaświadczenie o rozwodzie itp.
Tylko do renty z tytułu niezdolności do pracy	<ul style="list-style-type: none">- (PL-KR 5A) Raport medyczny dotyczący niezdolności osoby ubezpieczonej (PL-KR 5A)
Tylko do renty rodzinnej	<ul style="list-style-type: none">- Dowód dotyczący identyfikacji (zmarłej) osoby ubezpieczonej: koreańska karta rejestracyjna zamieszkania, karta rejestracyjna cudzoziemca lub paszport- / Akt zgonu
/ Tylko do świadczenia zryczałowanego	<ul style="list-style-type: none">- W przypadku zgonu osoby ubezpieczonej: dokumenty takie same, jak do renty rodzinnej- W przypadku emigracji z Korei: dokument dotyczący wyjazdu na stałe z Korei (np. bilet lotniczy, dowód wjazdu i wyjazdu z Korei itp.)

I. / PODPIS WNIOSKODAWCY

Niniejszym składam wniosek o świadczenie wyżej zaznaczone na podstawie przepisów koreańskiej ustawy o krajowych emeryturach. Oświadczam, że informacje podane we wniosku są prawdziwe. Wiem, że każdy, kto pobiera koreańskie świadczenia przyznane na podstawie fałszywych danych i uzyskane nielegalną drogą, podlega karze zgodnie z koreańską ustawą o krajowych emeryturach, włącznie z obowiązkiem zwrotu bezprawnie pobranych świadczeń koreańskich.

Niniejszym oświadczam, że wnioskując o wypłatę za granicę, są mi znane ogólne zasady i warunki wypłaty za granicę świadczeń ustalonych przez koreański Krajowy Zakład Emerytalny i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Upoważniam koreański Krajowy Zakład Emerytalny do przekazania do polskich instytucji ubezpieczeniowych wszystkich informacji i dokumentów będących w jego posiadaniu, które dotyczą lub mogą dotyczyć mojego wniosku o świadczenia. Upoważniam również polskie instytucje ubezpieczeniowe do przekazania do koreańskiego Krajowego Zakładu Emerytalnego wszystkich informacji i dokumentów będących w ich posiadaniu, które dotyczą lub mogą dotyczyć mojego wniosku o świadczenia.

Data wniosku

Podpis

wnioskodawcy

/M /D /R
