

FORMULARZ ŁĄCZNIKOWY

Prośba o informacje  
□□□□

Przekazanie informacji  
□□□□

Przypomnienie prośby z dnia .....  
□□

Przekazanie wniosku o świadczenie  
□□□□ □□

Numer sprawy  
□□□□

w Polsce ..... w Korei .....  
□□□ □□

1. Instytucja, do której adresowany jest formularz  
□□□□

**National Pension Service  
International Center  
9<sup>th</sup> Fl. Youngpoon Bldg., Cheonggyecheonro, Jongno-gu  
Seoul 110-752  
KOREA**

2. Informacje dotyczące osoby ubezpieczonej  
□□□□ □□

2.1 Nazwisko .....  
□

2.2 Nazwisko rodowe ..... Imiona .....  
□□□ □□

2.3 Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....  
□□□□ □□□

2.4 Obywatelstwo .....  
□□

2.5 Adres .....  
□□

2.6 Numer identyfikacyjny w Polsce .....  
(podać numer PESEL, a w razie jego braku serię i numer dowodu osobistego lub paszportu)  
□□□ □□□□ (PESEL □□, □□ □□ □□□□ □□ □□ □□□□ □□)

2.7 Koreański Krajowy Numer Emerytalny lub Numer Rejestracyjny Zamieszkania (Cudzoziemca) .....  
□□ □□□□□□ □□ □□(□□□) □□□□

2.8 Data zgonu ..... Miejsce zgonu .....  
□□□□ □□□□

3. Informacje dotyczące wnioskodawcy (wypełnić, jeśli wnioskodawcą jest osoba inna niż wymieniona w pkt 2.)

□□□□ □□ (□□□□ 2 □□ □□ □□ □□)

- wdowy/ wdowca/ pełnoletniego dziecka □□□□/□□□□/□□□□
- opiekuna małoletniego dziecka □□□□ □□□□
- rodziców zmarłej osoby ubezpieczonej □□□□□□□□ □□

3.1 Nazwisko .....  
□

3.2 Nazwisko rodowe ..... Imiona .....  
□□ □ □□

3.3 Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....  
□□□□ | | | | | | | | | | □□□

3.4 Obywatelstwo .....

3.5 Adres .....

3.6 Numer identyfikacyjny w Polsce .....  
(podać numer PESEL, a w razie jego braku serię i numer dowodu osobistego lub paszportu)  
□□□ □□□□□ (PESEL □□, □□ □□ □□□□ □□ □□ □□□□ □□)

3.7 Koreański Krajowy Numer Emerytalny lub Numer Rejestracyjny Zamieszkania (Cudzoziemca) .....  
□□ □□□□□□ □□ □□(□□□) □□□□

3.8 Data zawarcia związku małżeńskiego .....  
□□□□ | | | | | | | | | |

4.1 Dołączone Sekcje  żadna □□  nr 1 □□  nr 2 □□  nr 3 □□  nr 4 □□

4.2 Dołączone formularze  PL-KR 5  PL-KR 5A

4.3 Dołączona(e)  dokumenty dowodowe □□□□  wyniki przeprowadzonego badania lekarskiego □□□□

4.4 Dołączone inne dokumenty (wymienić jakie) .....  
□□ □□□□(□□□□)

5.1 Data złożenia wniosku o świadczenie .....  
□□□□ | | | | | | | | | |

6.1 Pieczęćka □□

6.2 Data .....

6.3 Podpis .....

7. Potwierdzenie okresów ubezpieczenia przebytych przez osobę ubezpieczoną w Polsce *(dotyczy wyłącznie osoby określonej w pkt 2)*  
□□□ □□□□ □□ (2□ □□□)

Przebyte okresy składkowe i nieskładkowe □ □ □ □ □ □ □ □		Okresy składkowe □ □ □ □		Okresy nieskładkowe * □ □ □ □ □ *		Charakter okresów składkowych (zawód) i nieskładkowych (np. wychowywanie dziecka) □ □ □ □ (□ □) □ □ □ □ □ □ (□, □ □) □ □
od (rok, miesiąc, dzień) □ □ □ □ (□-□-□)	do (rok, miesiąc, dzień) □ □ □ □ (□-□-□)	miesiące □	dni □	miesiące □	dni □	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

7.1 Okresy składkowe i okresy nieskładkowe uwzględnione do nabycia uprawnień do polskich świadczeń wynoszą  
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ :  
                   miesiące ..... dni .....  
                   □                                   □

7.2 Okresy składkowe i okresy nieskładkowe uwzględnione do obliczenia wysokości polskich świadczeń wynoszą  
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ :  
                   miesiące ..... dni .....  
                   □                                   □

\* *Zgodnie z ustawodawstwem polskim okresy nieskładkowe podlegają ograniczeniu do 1/3 udowodnionych okresów składkowych*  
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 1/3 □ □ □ □ □.

8. Osoba ubezpieczona, która udowodniła okres ubezpieczenia krótszy niż 12 miesięcy  
12 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

może otrzymać świadczenie                                    nie może otrzymać świadczenia  
□ □ □ □ □ □                                   □ □ □ □ □ □

zgodnie z ustawodawstwem polskim (art. 13 Umowy)  
□ □ □ □ □ □ □ □ (□ □ □ 13 □)

<p>9.1 Pieczętka □ □</p>	<p>9.2 Data ..... □ □</p> <p>9.3 Podpis ..... □ □</p>
------------------------------	---



## Zawiadomienie o rozpatrzeniu wniosku o polską emeryturę/ rentę

10. Wniosek o polską  emeryturę  
 □□ □□ □□ □□□□
- rentę z tytułu niezdolności do pracy  
 □□□□
- rentę rodzinną  
 □□□□

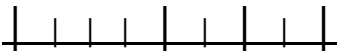
jest nadal w trakcie załatwiania  
 □□ □□□

11. Wniosek został załatwiony odmownie  
 □□ □□

z powodu  nieosiągnięcia wieku emerytalnego  braku wymaganego okresu ubezpieczenia  
 □□: □□□□ □□ □□ □□□□ □□

braku niezdolności do pracy  innego (wymienić, jakiego) .....  
 □□ □□ □□ (□□) .....

12. Emerytura/ renta została przyznana  
 □□□□□□

12.1 od  decyzją z dnia   
 □□ □□□□ □□□□

na podstawie / □□ □□

- art. 15 ust. 1 Umowy / □□ □ 15 □ 1 □
- art. 15 ust. 2 Umowy / □□ □ 15 □ 2 □

12.2 miesięczna wysokość świadczenia / □□□□ .....

13. Odwołania i terminy składania odwołań od decyzji  
*Appeals and periods allowed for appeals* □□□□ □ □□ □□ □□

13.1 Procedura .....  
 □□ □□ .....

13.2 Termin złożenia odwołania .....  
 □□ .....

14.1 Pieczęćka □□ 14.2 Data .....  
 □□ □□

14.3 Podpis .....  
 □□



Przekazanie informacji

Nazwisko i imię .....  
□□ □□

15. Wyżej wymieniona osoba  
□ □□□□□

- 15.1  złożyła w dniu \_\_\_\_\_ odwołanie od decyzji instytucji koreańskiej  
□□□□ □□ □□□ □□ □□□□  
 odwołanie w załączeniu/ □□□□□ □□
- 15.2  zmarła w dniu \_\_\_\_\_  
□□□□
- 15.3  zmieniła miejsce zamieszkania  
□□□ □□  
aktualny adres .....  
□□□  
.....
- 15.4  podjęła działalność zawodową w dniu \_\_\_\_\_  
□□ □□ □□ □□  
wysokość miesięcznego dochodu .....  
□ □□□
- 15.5  zaprzestała wykonywania działalności zawodowej w dniu \_\_\_\_\_  
□□ □□ □□ □□
- 15.6  zmieniła bank i numer konta bankowego  
□□ □ □□□□ □□  
aktualna nazwa i adres banku .....  
□□ □ □□ □□ □ □□  
.....  
aktualny numer rachunku bankowego .....  
□□ □ □□ □□□□
- 15.7  zaprzestała kontynuowania nauki w szkole w dniu \_\_\_\_\_  
□□□□□□
- 15.8  inne / □□ .....  
.....  
.....

16.1 Pieczętka  
□□

16.2 Data .....  
□□

16.3 Podpis .....  
□□





Prośba o informacje

17.1 Prosimy o nadesłanie  
□□ □□

potwierdzenia okresów ubezpieczenia na podstawie ustawodawstwa koreańskiego (KR-PL 2)  
□□□□□ □□ □□□□ □□ (KR-PL 2)

Opinii lekarskiej (KR-PL 5A)  
□□□□□ (KR-PL 5A)

posiadanej dokumentacji lekarskiej  
□□□ □□□ □□ □□ □□ □□

innych dokumentów (wymienić jakich) .....  
□□(□□)  
.....  
.....

17.2 Prosimy o przeprowadzenie i nadesłanie wyników  
□□□ □□ □ □□ □□ □□

badania lekarskiego .....  
□□ □□  
.....  
.....

18.1 Prosimy o przekazanie informacji  
□□□ □□ □□□ □□□□□.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

19.1 Pieczęćka  
□□

19.2 Data .....  
□□

19.3 Podpis .....  
□□