

UMOWA O ZABEZPIECZENIU SPOŁECZNYM
MIĘDZY RZECZĄSPOLITĄ POLSKĄ A STANAMI ZJEDNOCZONYMI AMERYKI

AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY
BETWEEN THE REPUBLIC OF POLAND AND THE UNITED STATES OF AMERICA

ZAŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU (1)
CERTIFICATE OF COVERAGE

Art. 6 Umowy
Art. 5 Porozumienia Administracyjnego

Art. 6 of the Agreement
Art. 5 of Administrative Arrangement

1.	Informacje dotyczące osoby ubezpieczonej Information concerning the insured person
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Pracownik Employee</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek Self-employed person</div> </div> <p>1.1 Nazwisko: Name</p> <p>1.2 Imię (imiona): Given name(s)</p> <p>1.3 Data urodzenia: Date of birth</p> <p>1.4 Obywatelstwo Citizenship</p> <p>1.5 Adres zamieszkania ⁽²⁾ : Place of residence</p> <p>1.6 Numery identyfikacyjny w Polsce ⁽³⁾ : Personal identification number in Poland</p>	

2.	Informacje dotyczące pracodawcy lub działalności na własny rachunek Information concerning the employer or self-employment
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Pracodawca Employer</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Działalność na własny rachunek Work performed as self-employed</div> </div> <p>2.1 Nazwa: Name</p> <p>2.2 Adres ⁽²⁾ : Address</p> <p>2.3 Numer identyfikacyjny w Polsce (NIP i REGON) Business identification number in Poland</p>	

3. Osoba wymieniona w punkcie 1
Person mentioned in point 1

3.1 została oddelegowana od do
was seconded from to

3.2 prowadzi działalność na terytorium Polski i Stanów Zjednoczonych od
pursues activities on the territory of Poland and United States from
do
to

3.3 przenosi czasowo działalność od do
do firmy wymienionej poniżej temporarily transfers activity to the firm mentioned below from to

3.4 Nazwa przedsiębiorstwa, na rzecz którego osoba ubezpieczona będzie wykonywała pracę w Stanach Zjednoczonych
Name of the company on behalf of which insured person will be working in United States
.....

3.5 Adres w Stanach Zjednoczonych
Address in United States
.....

4. Osoba ubezpieczona podlega przepisom prawa w Polsce
The insured person is subject to the legal regulations of Poland

4.1 na mocy artykułu: 6.1 6.2 6.4 6.6 6.8 6.10 Umowy
on the strength of article

4.2 od do
from to

4.3 na podstawie zgody z dnia znak:
on the grounds of consent dated ref N°

(w przypadku art. 6.10 Umowy)
(in the case of art. 6.10 of Agreement)

5. Instytucja właściwa w Polsce
Competent institution in Poland

5.1 Nazwa:
Name

5.2 Adres:
Address

5.3 Pieczęć
Stamp

5.4 Data
Date

5.5 Podpis
Signature

UWAGI COMMENTS

- (1) Właściwa terenowa jednostka Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystawia formularz na wniosek pracodawcy lub osoby pracującej na własny rachunek. Rolnikom, na ich wniosek formularz wystawia Centrala Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Formularz potwierdza okres, w którym pracownik lub osoba pracująca na własny rachunek w dalszym ciągu podlega polskim przepisom prawnym. Kopię tego formularza jednostka terenowa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Centrala Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wysyła do Social Security Administration, a drugą kopię pozostawia się zainteresowanemu jako dowód, że w stosunku do niego nie są stosowane amerykańskie przepisy prawne o obowiązkowym ubezpieczeniu.

The competent local branch of Social Insurance Institution issues this form on request of the employer or self-employed person. For farmers, on their request, the form issues the Headquarters of Agricultural Social Insurance. This form confirms the period over which an employee or a self-employed person has been now subject to jurisdiction of Poland. A copy of this form is to be sent by local branch of Social Insurance Institution or Headquarters of Agricultural Social Insurance to Social Security Administration and a second copy is to be kept by the applicant as a proof that the legal regulations applicable to mandatory insurance in United States are not applied in relation to him/her.

W przypadku, o którym mowa w art. 6.10 Umowy właściwa terenowa jednostka Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystawia formularz, po uzyskaniu pisemnej zgody otrzymanej od instytucji amerykańskiej.

In cases mentioned in art. 6.10 of the Agreement the competent local branch of Social Insurance Institution issues this form after having obtained written consent from competent authorities or an institution of the other Country appointed by them.

- (2) **Ulica, numer domu, numer mieszkania, kod pocztowy, miejscowość, gmina/powiat/województwo.**
Street name and number, apartment number, postal code, town/village, commune, district, province.
- (3) **PESEL i NIP, a w razie gdy ubezpieczonemu nie nadano tych numerów lub jednego z nich – seria i numer dowodu osobistego lub paszportu.**
PESEL and NIP, and in cases the insured has not been assigned one or both of these numbers – series and number of the Country ID or Passport.

INSTYTUCJE WŁAŚCIWE COMPETENT INSTITUTIONS

dla celów realizacji art. 6.1, 6.2, 6.4, 6.6, 6.8 Umowy
for the purpose of implementation of art. 6.1, 6.2, 6.4, 6.6, 6.8 of the Agreement

Terenowe jednostki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwe dla siedziby pracodawcy lub firmy prowadzonej przez osobę pracującą na własny rachunek.

Local branches of Social Insurance Institution with competence over the area where the headquarters of the employer or the firm run by the self-employed person.

dla celów realizacji art. 6.1, 6.4 Umowy – przy zastosowaniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników.
for the purpose of implementation of art. 6.1, 6.4 of the Agreement – applying legal regulations on agricultural social insurance.

Centrala Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
Headquarters of Agricultural Social Insurance

dla celów realizacji art. 6.10 Umowy
for the purpose of implementation of art. 6.10 of the Agreement

Centrala Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Headquarters of Social Insurance Institution