

UMOWA O ZABEZPIECZENIU SPOŁECZNYM
MIĘDZY RZECZĄPOSPOLITĄ 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		
	<table><tr><td>Pracownik Employee</td><td>Osoba pracująca na własny rachunek Self-employed person</td></tr></table>	Pracownik Employee	Osoba pracująca na własny rachunek Self-employed person
Pracownik Employee	Osoba pracująca na własny rachunek Self-employed person		
1.1	Nazwisko: Name		
1.2	Imię (imiona): Given name(s)		
1.3	Data urodzenia: Date of birth		
1.4	Obywatelstwo Citizenship		
1.5	Adres zamieszkania ⁽²⁾ : Place of residence		
1.6	Numer identyfikacyjny w Polsce ⁽³⁾ : Personal identification number in Poland		

2.	Informacje dotyczące pracodawcy lub działalności na własny rachunek Information concerning the employer or self-employment		
	<table><tr><td>Pracodawca Employer</td><td>Działalność na własny rachunek Work performed as self-employed</td></tr></table>	Pracodawca Employer	Działalność na własny rachunek Work performed as self-employed
Pracodawca Employer	Działalność na własny rachunek Work performed as self-employed		
2.1	Nazwa: Name		
2.2	Adres ⁽²⁾ : Address		
2.3	Numer identyfikacyjny w Polsce (NIP i REGON): Business identification number in Poland		

3.	Osoba wymieniona w punkcie 1 Person mentioned in point 1	
3.1	została oddelegowana was seconded	od do 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 do firmy wymienionej poniżej temporarily transfers activity to the firm mentioned below	od do 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, on the grounds of consent dated	znak: ref N°
	<i>(w przypadku art. 6.10 Umowy)</i> <i>(in the case of art. 6.10 of Agreement)</i>	

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