

WZÓR

OŚWIADCZENIE
UBEZPIECZONEGO O STOSUNKACH MAJĄTKOWYCH
ISTNIEJĄCYCH MIĘDZY UBEZPIECZONYM A JEGO WSPÓŁMAŁŻONKIEM

(Należy zaznaczyć odpowiednie pole, wstawiając „X”)

- oświadczenie
 zmiana oświadczenia

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|---|--|------------------------|--|-----------------------------|------------------------|-----------------------------------|--|
| I. DANE IDENTYFIKACYJNE | | | | | | | | | | | |
| 01. Nazwisko | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| 02. Imię pierwsze | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| 03. Imię drugie | | | | | | | | | | 04. Data urodzenia (dd / mm / rr) | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | <input type="text"/> | |
| 05. Numer PESEL (1) | | | | 06. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 | | | | 07. Seria i numer dokumentu | | | |
| <input type="text"/> | | | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="text"/> | | | |
| (1) W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu. | | | | | | | | | | | |
| II. DANE ADRESOWE (1) | | | | | | | | | | | |
| 01. Kod pocztowy | | | 02. Poczta | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | | | | | | | |
| 03. Gmina / Dzielnica | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| 04. Miejscowość | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| 05. Ulica | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| 06. Numer domu | | | 07. Numer lokalu | | | 08. Numer telefonu (2) | | | 09. Symbol państwa (3) | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| 10. Zagraniczny kod pocztowy (3) | | | | 11. Nazwa państwa (3) | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | | | | | |
| 12. Adres poczty elektronicznej (2) | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| (1) Jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania – należy wpisać adres zamieszkania, natomiast jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania i zamieszkania – należy wpisać adres do korespondencji. (2) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe. (3) Wypełnić w przypadku gdy adres jest inny niż polski. | | | | | | | | | | | |
| III. OŚWIADCZENIE O STOSUNKACH MAJĄTKOWYCH UBEZPIECZONEGO ZE WSPÓŁMAŁŻONKIEM (1) (2) | | | | | | | | | | | |
| 1. Oświadczam, że między mną a współmałżonkiem istnieje albo istniała ustawowa wspólność majątkowa. | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> TAK (3) | | | | <input type="checkbox"/> NIE | | | | | | | |
| (1) Dotyczy wyłącznie osób pozostających w związku małżeńskim. (2) Należy zaznaczyć odpowiednie pole, wstawiając „X”. (3) W tym przypadku należy wypełnić część III. 2 - Informacja o sposobie uregulowania małżeńskich stosunków majątkowych. | | | | | | | | | | | |

2. Informacja o sposobie uregulowania małżeńskich stosunków majątkowych.

- Powstanie ustawowej wspólności majątkowej
- Ustanie ustawowej wspólności majątkowej
- Inny sposób uregulowania stosunków majątkowych

Data (dd / mm / rrr):
od:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data (dd / mm / rrr):
od:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data (dd / mm / rrr):
od:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zgodnie z art. 39 ust. 1b ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.) ubezpieczony może wskazać osoby, które w przypadku jego śmierci będą uprawnione do otrzymania środków zgromadzonych na prowadzonym dla ubezpieczonego subkoncie, o którym mowa w art. 40a tej ustawy.

Ubezpieczony, wypełniając niniejsze oświadczenie potwierdza prawdziwość i kompletność danych podanych w oświadczeniu i ponosi odpowiedzialność za skutki wynikające z podania nieprawdziwych lub niekompletnych danych.

W przypadku zmiany dotyczącej treści niniejszego oświadczenia należy każdorazowo dokonać zmiany oświadczenia.

(Miejscowość)

(Data: dd/mm/rrrr)

(Podpis ubezpieczonego)