

Warszawa, dnia 30 stycznia 2014 r.

Poz. 146

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

z dnia 28 stycznia 2014 r.

**w sprawie określenia wzoru oświadczenia o stosunkach majątkowych istniejących między ubezpieczonym  
a jego współmałżonkiem**

Na podstawie art. 39 ust. 1c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wzór oświadczenia o stosunkach majątkowych istniejących między ubezpieczonym a jego współmałżonkiem, który jest określony w załączniku do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2014 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *W. Kosiniak-Kamysz*

---

<sup>1)</sup> Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1623, 1650 i 1717.



## 2. Informacja o sposobie uregulowania małżeńskich stosunków majątkowych.

 Powstanie ustawowej wspólności majątkowej

Data (dd / mm / rrrr):

od:  Ustanie ustawowej wspólności majątkowej

Data (dd / mm / rrrr):

od:  Inny sposób uregulowania stosunków majątkowych

Data (dd / mm / rrrr):

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)