

# OŚWIADCZENIE O NIE ZAWARCIU KOLEJNEGO ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIEGO



## I. Dane osoby składającej oświadczenie

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Imię i nazwisko		PESEL	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Imię ojca	Imię matki
Adres zamieszkania: <input type="text"/>			
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Kod pocztowy	Miejscowość		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Rodzaj dokumentu: <input type="text"/>	Rodzaj dokumentu tożsamości: DO – dowód osobisty, PA – paszport, KP – karta pobytu, PJ – prawo jazdy		
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Serial i nr dokumentu	Wydany dnia (dd-mm-rrrr)	Wydany przez	

## II. Oświadczenie

Oświadczam, że do chwili zgonu małżonka/i

<input type="text"/>
Imię i nazwisko

urodzonego/ej	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	Data (dd-mm-rrrr)

zamieszkałego/ej:	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kod pocztowy	Miejscowość

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Nr domu	Nr lokalu

nie wstąpiłem/am w kolejny związek małżeński.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie przeze mnie nieprawdziwych informacji w celu osiągnięcia korzyści majątkowych może narazić mnie na odpowiedzialność karną.

Oświadczam również, iż w przypadku stwierdzenia, że stan faktyczny jest inny od podanego przeze mnie, zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego świadczenia niezwłocznie po wezwaniu przez PZU Życie SA.

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Data (dd-mm-rrrr)

<input type="text"/>
Podpis

### III. Potwierdzenie tożsamości

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Rodzaj dokumentu:   Rodzaj dokumentu tożsamości: DO – dowód osobisty, PA – paszport, KP – karta pobytu, PJ – prawo jazdy

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Seria i nr dokumentu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Wydany dnia (dd-mm-rrrr)

Wydany przez

Jednocześnie potwierdzam własnoręczność podpisu osoby.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis i pieczęć pracownika Grupy PZU