

ZAŁĄCZNIK
DO WNIOSKU O RENTĘ RODZINNĄ DLA OSÓB, KTÓRE UBIEGAJĄ SIĘ
O RENTĘ RODZINNĄ Z ZAGRANICZNEJ INSTYTUCJI PAŃSTW UE/ EFTA

Instrukcja wypełniania

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane wnioskodawcy

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd	/	mm	/	rrrr
----	---	----	---	------

Adres e-mail

Podaj adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

Numer rachunku bankowego w Polsce w standardzie IBAN dla potrzeb instytucji zagranicznej

P	L																													
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Międzynarodowy identyfikator banku
 w formacie BIC/SWIFT

Nazwa i adres banku

Imię i nazwisko właściciela rachunku

Dane dodatkowe osoby zmarłej

Imię

Nazwisko

Zagraniczne numery ubezpieczenia:

- | | | | |
|------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|
| 1. Państwo | <input type="text"/> | Numer identyfikacyjny ubezpieczenia | <input type="text"/> |
| 2. Państwo | <input type="text"/> | Numer identyfikacyjny ubezpieczenia | <input type="text"/> |
| 3. Państwo | <input type="text"/> | Numer identyfikacyjny ubezpieczenia | <input type="text"/> |
| 4. Państwo | <input type="text"/> | Numer identyfikacyjny ubezpieczenia | <input type="text"/> |
| 5. Państwo | <input type="text"/> | Numer identyfikacyjny ubezpieczenia | <input type="text"/> |

Stan cywilny

Kawaler/ panna, konkubinat, żonaty/ zamężna, w separacji, po rozwodzie, ponowne małżeństwo, wdowiec/ wdowa, związek partnerski

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Nazwisko i imię ojca

Nazwisko rodowe i imię matki

Ostatni adres zamieszkania osoby zmarłej

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ Dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres zamieszkania osoby zmarłej był inny niż polski

W dniu zgonu, osoba zmarła:

była zatrudniona

nie wykonywała już pracy

np. była bezrobotna, przebywała na rencie, emeryturze lub świadczeniu rehabilitacyjnym

Dane dodatkowe wnioskodawcy

Stopień pokrewieństwa

wdowa/ wdowiec

pełnoletnie dziecko

inny

np. opiekun małoletniego dziecka, konkubent/ konkubina, partner/ partnerka

Obywatelstwo

Miejsce urodzenia

Data ślubu zawartego z osobą zmarłą

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Data separacji z osobą zmarłą

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Data rozwodu z osobą zmarłą

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Jeśli jesteś w ponownym związku małżeńskim, podaj datę ślubu

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

oraz imię i nazwisko drugiego małżonka/ki

Czy osoba zmarła mieszkała z Tobą TAK NIE

Czy obecnie mieszkasz z innym partnerem/ partnerką TAK NIE

Czy masz dzieci z osobą zmarłą (zarówno własne, jak i adoptowane) TAK NIE

Jeśli jesteś w ciąży, podaj przewidywany termin porodu / /

dd / mm / rrrr

Oświadczam, że wychowuję dziecko/ dzieci TAK NIE

Jeśli TAK, czy pobierasz z tego tytułu jakieś świadczenia (np. zasiłek rodzinny) TAK NIE

Jeśli TAK, podaj jaka instytucja Ci je wypłaca

Oświadczam, że:

Pracuję zarobkowo: NADAL JUŻ NIE

Jeśli NADAL podaj: miesięczną wysokość wynagrodzenia:

tygodniową liczbę godzin pracy:

Jestem pracownikiem służby cywilnej: NADAL JUŻ NIE

Jeśli NADAL podaj: miesięczną wysokość wynagrodzenia:

tygodniową liczbę godzin pracy:

Prowadzę działalność gospodarczą: NADAL JUŻ NIE

Jeśli NADAL podaj: rodzaj/ charakter działalności:

miesięczną wysokość dochodu:

Oświadczam, że: nie uzyskuję przychodów

uzyskuję przychód z innego tytułu:

rodzaj dochodu:

w miesięcznej wysokości:

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data / /

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>