

**GRUPA+**

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GRUPA+**

2021

UWAGA! PRZED WYPEŁNIENIEM NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY PRZEPROWADZIĆ ANKIETĘ POTRZEB KLIENTA  
WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

**PAKIETY GOLD**

Numer Pakietu: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

  D  D   -   M  M   -   R  R  R  R  

Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

\_\_\_\_\_  
Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZANEGO**

Imię / imiona: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \*  D  D   -   M  M   -   R  R  R  R   Rodzaj dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_ Seria i nr: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Obywatelstwo: \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania:

ulica: \_\_\_\_\_ nr domu: \_\_\_\_\_ nr mieszkania: \_\_\_\_\_

kod pocztowy:       -          miejscowość: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji:

ulica: \_\_\_\_\_ nr domu: \_\_\_\_\_ nr mieszkania: \_\_\_\_\_

kod pocztowy:       -          miejscowość: \_\_\_\_\_

Suma ubezpieczenia: **10.000** PLN

słownie: **dziesięć tysięcy złotych**

**Wariant Ubezpieczenia** (prosimy zaznaczyć wybrany wariant)

- |  |                        |  |
|--|------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> <b>WARIANT 9 - GOLD STANDARD</b>    | Składka: <b>64</b> PLN | słownie: <b>sześćdziesiąt cztery złote</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>WARIANT 10 - GOLD STANDARD +</b> | Składka: <b>67</b> PLN | słownie: <b>sześćdziesiąt siedem złotych</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>WARIANT 11 - GOLD JUNIOR</b>     | Składka: <b>68</b> PLN | słownie: <b>sześćdziesiąt osiem złotych</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>WARIANT 12 - GOLD COMPLETE</b>   | Składka: <b>71</b> PLN | słownie: <b>siedemdziesiąt jeden złotych</b> |

**Początek odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożono wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz została opłacona składka.**

Proszę o przesłanie na w/w adres druków opłacania składek: TAK

Składka będzie opłacana z częstotliwością miesięczną.

Pierwsza składka opłacona za pośrednictwem Dystrybutora ubezpieczeń TAK

\* W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

## ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO		WARIANT 9 GOLD STANDARD	WARIANT 10 GOLD STANDARD +	WARIANT 11 GOLD JUNIOR	WARIANT 12 GOLD COMPLETE
		kwota świadczenia	kwota świadczenia	kwota świadczenia	kwota świadczenia
1)	zgon Ubezpieczonego (ryzyko zgonu Ubezpieczonego obejmuje również zdarzenie ubezpieczeniowe zdiagnozowanie Choroby śmiertelnej; wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia zdiagnozowanie Choroby śmiertelnej jest dokonywana na zasadach wskazanych w OWU i wynosi 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz pomniejsza wypłacane świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego)	25 000 PLN	25 000 PLN	25 000 PLN	25 000 PLN
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN
3)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN
4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN
6)	zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN
7)	zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci)	5 000 PLN	5 000 PLN	5 000 PLN	5 000 PLN
8)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu)	250 PLN	250 PLN	250 PLN	250 PLN
9)	wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania	4 000 PLN	4 000 PLN	4 000 PLN	4 000 PLN
10)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 5 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	50 PLN	50 PLN	50 PLN	50 PLN
11)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni (lecz nie mniej niż 12 godzin), jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	100 PLN	100 PLN	100 PLN	100 PLN
12)	narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonemu	1 100 PLN	1 100 PLN	1 100 PLN	1 100 PLN
13)	narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonemu	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN
14)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN
15)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 14))	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN
16)	zgon Dziecka Ubezpieczonego	4 000 PLN	4 000 PLN	4 000 PLN	4 000 PLN
17)	zgon Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 16))	4 000 PLN	4 000 PLN	4 000 PLN	4 000 PLN
18)	zgon rodziców Ubezpieczonego	1 100 PLN	1 100 PLN	1 100 PLN	1 100 PLN
19)	zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego	1 100 PLN	1 100 PLN	1 100 PLN	1 100 PLN
20)	rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku		2 000 PLN		2 000 PLN
21)	leczenie szpitalne - świadczenie apteczne		100 PLN		100 PLN
22)	poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej (pobyt w szpitalu min. 3 dni)		800 PLN		800 PLN
23)	przeprowadzenie u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia		800 PLN		800 PLN
24)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni		50 PLN		50 PLN
25)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu)		50 PLN		50 PLN
26)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci) – renta			750 PLN	750 PLN
27)	pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem			60 PLN	60 PLN
28)	wystąpienie poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego			3 000 PLN	3 000 PLN
29)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu			60 PLN	60 PLN
30)	wystąpienie poronienia u Ubezpieczonego lub Małżonki Ubezpieczonego			3 000 PLN	3 000 PLN

Ponadto, Ubezpieczony posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia, których zakres ochrony obejmuje ryzyko, o którym mowa w pkt 20) tabeli powyżej bierze udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, zgodnie z obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Regulaminem Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.

## WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
<b>ŁĄCZNIE</b>				<b>100 %</b>

Niewskazanie beneficjenta skutkuje ustaleniem osób uprawnionych do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego zgodnie z treścią zawartej umowy ubezpieczenia.

## OŚWIADCZENIA UBEZPIECZANEGO

SEKCJA I \*

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie GRUPA+ w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie GRUPA+ o symbolu BRP-0918 oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”\*\*, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku Dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że dokument o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawieranej umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zawierana umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w otrzymanym dokumencie o produkcie ubezpieczeniowym a treścią zawieranej umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku Dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 oraz 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń, a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
- Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”\*\*. \*\*
- Oświadczam, iż w związku z udziałem w Programie „Pakiet Usług Assistance”\*\* otrzymałem informację na temat przetwarzania moich danych osobowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego programu.  TAK  NIE
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
- Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.  TAK  NIE

SEKCJA II

- Wyrażam zgodę na przysyłanie mi dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z zawartą przeze mnie umową ubezpieczenia, wybierając jako formę kontaktu:  
Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)  TAK  NIE  
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:  
Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)  TAK  NIE  
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przetwarzane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), we własnych celach marketingowych, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE

SEKCJA III

- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.  TAK  NIE

Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie, również w przeszłości, a także nie leczyłem się i nie lecę się z powodu żadnego z poniższych schorzeń: wad wrodzonych i rozwojowych, wad lub chorób serca, zawału serca, przewlekłych chorób płuc, udaru mózgu, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności – HIV, żółtaczką typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.  
Nie orzeczono u mnie znacznego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, w poprzednim stanie prawnym: I grupa inwalidztwa), umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy, w poprzednim stanie prawnym: II grupa inwalidztwa) lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.  
Jestem świadomy, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji, Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym.

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

\* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta.

\*\* Dotyczy wyłącznie Ubezpieczonych, których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

## DEKLARACJA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO\*\*\*

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 723 – tekst jednolity). UBEZPIECZAJĄCY  TAK  NIE

W przypadku zaznaczenia „TAK” prosimy o wypełnienie części A i B poniżej.

### CZĘŚĆ A

Źródło pochodzenia majątku oraz środków na finansowanie składki:

- wynagrodzenie,  
 dochody z prowadzonej działalności gospodarczej,  
 oszczędności,  
 spadek,  
 sprzedaż wartości majątkowych,  
 wygrana w grach losowych,  
 inne, jakie? \_\_\_\_\_

### CZĘŚĆ B

Wymagana, gdy:

- w części A zaznaczono „dochody z prowadzonej działalności gospodarczej”,
- uzyskano informację od Ubezpieczającego, że prowadzi działalność gospodarczą,
- deklarację wypełnia przedsiębiorca.

Rodzaj prowadzonej przez Klienta działalności gospodarczej \_\_\_\_\_

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_  
Data podpisania wniosku miejscowość podpis Ubezpieczającego

Jako Dystrybutor ubezpieczeń oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczonego/ osoby reprezentującej Ubezpieczonego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

AGENT  
/BROKER

ID Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_  
 Agent  Broker  
ID osoby fizycznej wykonującej czynności \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności \_\_\_\_\_ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej \_\_\_\_\_  
w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

OFWCA\*

AGENT

ID Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. \_\_\_\_\_  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. Dystrybutor ubezpieczeń \_\_\_\_\_  
ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA \_\_\_\_\_  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

\* Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym.

### \*\*\*WYJAŚNIENIE DO DEKLARACJI W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

**PRZEZ OSOBĘ ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018r. uważa się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- ambasadorów, chargé d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

**PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISKI WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

**PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.