

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 PLATINUM 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"/> WARIANT 13 - PLATINUM STANDARD | Składka: 81 PLN | słownie: osiemdziesiąt jeden złotych |
| <input type="checkbox"/> WARIANT 14 - PLATINUM STANDARD + | Składka: 84 PLN | słownie: osiemdziesiąt cztery złote |
| <input type="checkbox"/> WARIANT 15 - PLATINUM JUNIOR | Składka: 87 PLN | słownie: osiemdziesiąt siedem złotych |
| <input type="checkbox"/> WARIANT 16 - PLATINUM COMPLETE | Składka: 90 PLN | słownie: dziewięćdziesiąt złotych |

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 13 PLATINUM STANDARD | WARIANT 14 PLATINUM STANDARD + | WARIANT 15 PLATINUM JUNIOR | WARIANT 16 PLATINUM 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) | 35 000 PLN | 35 000 PLN | 35 000 PLN | 35 000 PLN |
| 2) | zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1)) | 30 000 PLN | 30 000 PLN | 30 000 PLN | 30 000 PLN |
| 3) | zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2)) | 30 000 PLN | 30 000 PLN | 30 000 PLN | 30 000 PLN |
| 4) | zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2)) | 30 000 PLN | 30 000 PLN | 30 000 PLN | 30 000 PLN |
| 5) | zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2)) | 30 000 PLN | 30 000 PLN | 30 000 PLN | 30 000 PLN |
| 6) | zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1)) | 15 000 PLN | 15 000 PLN | 15 000 PLN | 15 000 PLN |
| 7) | zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci) | 7 000 PLN | 7 000 PLN | 7 000 PLN | 7 000 PLN |
| 8) | powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu) | 300 PLN | 300 PLN | 300 PLN | 300 PLN |
| 9) | wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania | 8 000 PLN | 8 000 PLN | 8 000 PLN | 8 000 PLN |
| 10) | pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 5 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem | 60 PLN | 60 PLN | 60 PLN | 60 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 | 120 PLN | 120 PLN | 120 PLN | 120 PLN |
| 12) | narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonemu | 1 300 PLN | 1 300 PLN | 1 300 PLN | 1 300 PLN |
| 13) | narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonemu | 4 000 PLN | 4 000 PLN | 4 000 PLN | 4 000 PLN |
| 14) | zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego | 4 000 PLN | 4 000 PLN | 4 000 PLN | 4 000 PLN |
| 15) | zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 14)) | 4 000 PLN | 4 000 PLN | 4 000 PLN | 4 000 PLN |
| 16) | zgon Dziecka Ubezpieczonego | 5 000 PLN | 5 000 PLN | 5 000 PLN | 5 000 PLN |
| 17) | zgon Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 16)) | 5 000 PLN | 5 000 PLN | 5 000 PLN | 5 000 PLN |
| 18) | zgon rodziców Ubezpieczonego | 1 300 PLN | 1 300 PLN | 1 300 PLN | 1 300 PLN |
| 19) | zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego | 1 300 PLN | 1 300 PLN | 1 300 PLN | 1 300 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 | | | 1 000 PLN | 1 000 PLN |
| 27) | pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem | | | 70 PLN | 70 PLN |
| 28) | wystąpienie poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego | | | 5 000 PLN | 5 000 PLN |
| 29) | powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu | | | 80 PLN | 80 PLN |
| 30) | wystąpienie poronienia u Ubezpieczonego lub Małżonki Ubezpieczonego | | | 4 000 PLN | 4 000 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. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| ŁĄCZNIE | | | | 100 % |

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 przesyłanie 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 informacje 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

miejsowość

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
w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności
w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej
wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

OFWCA*

ID Dystrybutora ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Dystrybutor ubezpieczeń

ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA
Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

AGENT

OFWCA*

* 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.