

**SENIOR**

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SENIOR**

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

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

Peczęć RBH/Przedstawicielstwa \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ ID POLISA-ŻYCIE \_\_\_\_\_ ID Pośrednika \_\_\_\_\_ Rodzaj Pośrednika \_\_\_\_\_ Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa \_\_\_\_\_  
UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. Agent/Broker

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZANEGO**

Imię / imiona: \_\_\_\_\_

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

Data urodzenia: \*D D - M M - R R R R, Obywatelstwo: \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Seria i numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_

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)

- WARIANT 1 - MINI** Składka: **36 PLN** słownie: **trzydzieści sześć złotych**
- WARIANT 2 - MIDI** Składka: **53 PLN** słownie: **pięćdziesiąt trzy złote**
- WARIANT 3 - MAXI** Składka: **70 PLN** słownie: **siedemdziesiąt 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 Pośrednika: TAK

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	WARIANT 1 MINI	WARIANT 2 MIDI	WARIANT 3 MAXI
	kwota świadczenia	kwota świadczenia	kwota świadczenia
1) zgon Ubezpieczonego	7 000 PLN	9 000 PLN	12 000 PLN
2) zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	7 000 PLN	9 000 PLN	12 000 PLN
3) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	7 000 PLN	9 000 PLN	12 000 PLN
4) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	7 000 PLN	9 000 PLN	12 000 PLN
5) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	7 000 PLN	9 000 PLN	12 000 PLN
6) zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	2 000 PLN	4 000 PLN	6 000 PLN
7) powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu)	50 PLN	100 PLN	150 PLN
8) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	10 PLN	30 PLN	40 PLN
9) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	30 PLN	50 PLN	60 PLN
10) zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3 500 PLN	4 500 PLN	6 000 PLN
11) zgon Dziecka Ubezpieczonego	1 000 PLN	1 500 PLN	2 000 PLN
12) zgon Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 11))	5 000 PLN	6 000 PLN	8 000 PLN

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

## 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 *	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oświadczam, że zapoznałem się oraz wszystkie osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.</li> <li>Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR o symbolu BRP-0618 oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia oraz Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.</li> <li>Oświadczam, iż w związku z udziałem w Programie „Pakiet Usług Assistance” otrzymałem informację na temat przetwarzania moich danych osobowych przez AWP P&amp;C S.A. Oddział w Polsce w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego programu oraz otrzymałem Politykę Prywatności AWP P&amp;C S.A. Oddział w Polsce (aktualna treść Polityki Prywatności jest również dostępna pod adresem <a href="http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx">http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx</a>). <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.</li> <li>Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.</li> </ul>
SEKCJA II *	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wyrażam zgodę aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group przetwarzała moje dane osobowe dotyczące stanu zdrowia, podane w niniejszym wniosku oraz zebrane lub udostępnione Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania umowy ubezpieczenia. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> </ul>
SEKCJA III	<ul style="list-style-type: none"> <li>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:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> </ul> </li> <li>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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> </ul> </li> <li>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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> </ul>
SEKCJA IV	<p><b>Deklaracja w sprawie zajmowania ekspozowanego stanowiska politycznego</b></p> <p>Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej ekspozowane 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). <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><b>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</b></p>

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

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

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

## ANKIETA OSOBOWA DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Imię / imiona: \_\_\_\_\_

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

PESEL: \_\_\_\_\_ Seria i numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_

<b>1.</b>	<b>Czy rozpoznano u Pani/Pana którąkolwiek z wymienionych poniżej chorób?</b>		
a)	zawał serca - martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, manifestująca się świeżymi zmianami w zapisie EKG, podwyższeniem enzymów nekrotycznych, akinezą ściany mięśnia sercowego oraz innymi objawami klinicznymi zawału	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
b)	udar mózgu - trwale zmiany w tkance mózgowej spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem, manifestujące się neurologicznymi zmianami ogniskowymi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
c)	nowotwór złośliwy - niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które stały się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu, z możliwością naciekania tkanek i narządów oraz tworzenia przerzutów	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
d)	POChP (przewłękła obturacyjna choroba płuc) - progresywne zaburzenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe, zależne od przewlekłego obturacyjnego zapalenia oskrzeli lub od rozedmy (stwierdzone w spirometrii)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
e)	cukrzycę insulinozależną - choroba przemiany materii wynikająca z niedoboru insuliny, manifestująca się obecnością cukru i ciał ketonowych w moczu, podwyższonym poziomem cukru we krwi, wymagająca leczenia insuliną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
f)	przewłękłą niewydolność nerek - trwająca kilka miesięcy (więcej niż 1 miesiąc) choroba obu nerek, niezależnie od przyczyny, manifestująca się zmniejszeniem filtracji kłębuszkowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
g)	HIV i/lub HCV - potwierdzona badaniem krwi obecność ludzkiego wirusa upośledzenia odporności (HIV) i/lub wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
h)	ZZA i/lub ZUA (zespół zależności alkoholowej, zespół uzależnienia alkoholowego) - przewlekłe, wieloletnie spożywanie alkoholu, powodujące szkodliwe następstwa zdrowotne, np. zaburzenia świadomości i procesów poznawczych oraz choroby somatyczne (np. marskość wątroby, zapalenie trzustki, żylaki przełyku)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
i)	otyłość olbrzymią i/lub patologiczną (BMI > 40) - nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie, osiągające wartość BMI (Body Mass Index) 40 lub więcej. Technika wyliczenia BMI: waga/wzrost <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>2.</b>	<b>Czy jest Pani/Pan pensjonariuszem hospicjum?</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>3.</b>	<b>Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia lub planowane jest u Pani/Pana leczenie specjalistyczne?</b>		
a)	Chemioterapia - metoda systemowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zastosowaniu leków cytostatycznych, eliminująca z organizmu komórki nowotworu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
b)	Radioterapia - metoda miejscowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zewnętrznym oddziaływaniu promieniami jonizującymi, eliminująca z organizmu komórki nowotworu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
c)	Brachyterapia - odmiana radioterapii polegająca na umieszczeniu źródeł promieniotwórczych w obrębie guza nowotworowego lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
d)	Interferonoterapia - metoda systemowego leczenia WZW typu C, polegająca na dożylnym zastosowaniu nieswoistego białka (interferon), hamującego syntezę wirusowego RNA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>4.</b>	<b>Czy orzeczono u Pani/Pana niepełnosprawność w stopniu znacznym (całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji) lub umiarkowanym (całkowita niezdolność do pracy)?</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>5.</b>	<b>Czy jest Pani/Pan biorcą świadczenia rentowego?</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>6.</b>	<b>Czy kiedykolwiek odmówiono Pani/Panu zawarcia umowy ubezpieczenia z powodów medycznych?</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

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.

  D  D   -   M  M   -   R  R  R  R  

Data podpisania wniosku

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

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

\_\_\_\_\_ pieczęć i podpis Pośrednika

\_\_\_\_\_ **POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.**  
pieczęć i podpis osoby reprezentującej POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

## 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:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) 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,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) 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,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) 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 BLISCY WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- a) 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,
- b) 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:

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