

**SUPER GWARANCJA**

**WNIOSEK O INDYWIDUALNĄ KONTYNUACJĘ UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA**

2021

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

  D  D   -   M  M   -   R  R  R  R  

Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

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

**STATUS UBEZPIECZANEGO (zaznacz właściwe):**

Ubezpieczony (pracownik):       Ubezpieczony (małżonek pracownika):       Wdowa/Wdowiec (Konkubina/Konkubent):

**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: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

Składka: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

Składka będzie opłacana (zaznacz właściwe):      miesięcznie:       kwartalnie:       półrocznie:       rocznie:

Wnioskowana data początku odpowiedzialności:

następnego dnia po złożeniu wniosku i wpłaceniu pierwszej składki

pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu złożenia wniosku i wpłaceniu pierwszej składki

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

a) zgodny z zawartą umową ubezpieczenia      TAK:

b) ryzyka wybrane przez Ubezpieczającego spośród ryzyk obowiązujących w umowie ubezpieczenia\*\*

	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	Zakres	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
	w zakresie podstawowym (obligatoryjnym):			
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)	50%-500%		
	w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):			
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	10%-500%		

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

\*\* Nie dotyczy umów zawartych po 01.01.2013 r.

3)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt 2), jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		
4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt 2), jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt 2), jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		
6)	zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	10%-200%		
7)	zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci)	10%-100%		
8)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:			
	- za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu	1%-5%		
	- za 100% uszczerbku na zdrowiu	100%-500%		
9)	wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Ubezpieczonego	10%-50%		
10)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia	pobyt w szpitalu		
		pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem*		
11)	narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonemu (dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonemu Dziecku własnego)	5%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
12)	narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonemu (dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonemu Dziecku własnego)	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
13)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	10%-100%		
14)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w pkt 13), o ile ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
15)	zgon Dziecka Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
16)	zgon Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w pkt 15), o ile ryzyko znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
17)	zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyrna Ubezpieczonego	5%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
18)	zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyrna Małżonka lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w zależności od treści umowy grupowej	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
19)	wystąpienie poważnego zachorowania u Małżonka lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, w zależności od treści umowy grupowej, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
20)	wystąpienie poważnego zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Dziecka	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		

Deklaruję chęć zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych TAK  NIE

W przypadku wybrania odpowiedzi „TAK”, prosimy o wypełnienie wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych

#### WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony)

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

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

\* Dotyczy wyłączenie umów indywidualnej kontynuacji zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”, obowiązujących przed 01.02.2006 roku.

## 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 indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA, stanowiące treść grupowej umowy ubezpieczenia, o której indywidualną kontynuację wnoszę, skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, a także zasady rozpatrywania reklamacji w Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję. Przyjmuję do wiadomości, iż od dnia wskazanego na polisie, jako pierwszy dzień odpowiedzialności, ww. ogólne warunki ubezpieczenia stanowią będą treść łączącej mnie z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA.
- 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 o ceną 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 udzielił 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 objęcie ochroną, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z umową ubezpieczenia, do której przystępuję, 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

DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_

Data podpisania wniosku

miejsowość

## WYPEŁNIA PRACODAWCA

Numer umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA: \_\_\_\_\_

Należna za Ubezpiezonego składka wpłacana była nieprzerwanie przez okres: \_\_\_\_\_ miesięcy

Pierwsza należna za Ubezpiezonego składka wpłacona została za miesiąc: \_\_\_\_\_ w wysokości \_\_\_\_\_ PLN

Ostatnia należna za Ubezpiezonego składka wpłacona została za miesiąc: \_\_\_\_\_ w wysokości \_\_\_\_\_ PLN

Data rozwiązania stosunku pracy: \_\_\_\_\_ dzień: \_\_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

Powód rozwiązania stosunku pracy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ pieczęć i podpis przedstawiciela zakładu pracy

\* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji, umowa indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA nie zostanie zawarta.

## 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. 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.**

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego

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

AGENT  
/BROKER  
OFWCA\*

ID Dystrybutora ubezpieczeń  
 Agent  Broker

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

AGENT  
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. \_\_\_\_\_

\* Osoba fizyczna wykonująca czynności agencji 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, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów 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, chargés 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.