

**SUPER GWARANCJA**

**WNIOSEK O ZAWARCIE 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”

Nr wniosku o zawarcie Umowy Podstawowej: P/ DD - MM - RRRR / \_\_\_\_\_  
(data sporządzenia wniosku: dd-mm-rrrr) (kolejny nr wniosku w danym dniu)

DD - MM - RRRR  
Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

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

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO**

Pełna nazwa / wpis: \_\_\_\_\_ lub Pieczęć:  
\_\_\_\_\_

Adres do korespondencji:

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

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

nr telefonu: \_\_\_\_\_ REGON: \_\_\_\_\_

nr PKD: \_\_\_\_\_ liczba Pracowników w zakładzie pracy: \_\_\_\_\_

liczba osób przystępujących do umowy ubezpieczenia: \_\_\_\_\_ w tym liczba Pracowników: \_\_\_\_\_

**OSOBA REPREZENTUJĄCA UBEZPIECZAJĄCEGO** (osoba upoważniona przez Ubezpieczającego do sporządzania i podpisywania dokumentów związanych z obsługą umowy ubezpieczenia oraz do składania oświadczeń zgodnie z udzielonym pełnomocnictwem)

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

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

Suma ubezpieczenia: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

Składka dla 1 osoby: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

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

Wnioskowana data początku odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group:

dzień: 01 miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

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%		
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 orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu)	1%-5%		

		Zakres	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
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 za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni	0,1%-1%, jednak nie więcej niż 250 PLN za każdy dzień		
11)	narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonemu (dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonemu Dziecka własnego)	5%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN		
12)	narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonemu (dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonemu Dziecka własnego)	10%-50%, jednak nie więcej niż 3.000 PLN		
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 100.000 PLN		
15)	zgon Dziecka Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż 80.000 PLN		
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 100.000 PLN		
17)	zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego	5%-50%, jednak nie więcej niż 3.000 PLN		
18)	zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż 3.000 PLN		
19)	wystąpienie poważnego zachorowania u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż 15.000 PLN		
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 15.000 PLN		

**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.

### OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

- 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 ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-0218, ogólne warunki umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-0318, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, w tym specyfikację istotnych warunków zamówienia (SIWZ), w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia została zawarta w trybie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, 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.
- Zobowiązuje się do przekazania na piśmie powyższych dokumentów kształtujących treść umowy ubezpieczenia osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową przed wyrażeniem przez nie zgody na ubezpieczenie.

### OŚWIADCZENIA MARKETINGOWE

- 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 były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, w własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.  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 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
- 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

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

\_\_\_\_\_  
pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego  
/ osoby reprezentującej Ubezpieczającego

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

\* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pol „TAK”, „NIE” umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta.

# Oświadczenie Beneficjent Rzeczywisty\*

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

Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ oświadczam, że Beneficjentem

Rzeczywistym w związku z transakcją wynikającą ze złożenia w dniu  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia/zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia\*\* jestem ja/jest\*\*:

1.

Nazwisko i imię Beneficjenta Rzeczywistego \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia\*\*\*  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Rodzaj dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
**Adres zamieszkania**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

2.

Nazwisko i imię Beneficjenta Rzeczywistego \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia\*\*\*  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Rodzaj dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
**Adres zamieszkania**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

3.

Nazwisko i imię Beneficjenta Rzeczywistego \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia\*\*\*  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Rodzaj dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
**Adres zamieszkania**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

4.

Nazwisko i imię Beneficjenta Rzeczywistego \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia\*\*\*  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Rodzaj dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
**Adres zamieszkania**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE

Jednocześnie oświadczam, że jest mi znany obowiązek poinformowania Beneficjenta Rzeczywistego o przekazaniu jego danych Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa, w celu identyfikacji, a także obowiązek poinformowania Beneficjenta Rzeczywistego o przysługującym mu prawie dostępu do treści jego danych i ich poprawiania. Jednocześnie oświadczam, że ww. obowiązki wykonałem.

Data  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis osoby składającej oświadczenie

### \*Beneficjent Rzeczywisty oznacza:

każdą osobę fizyczną lub osoby fizyczne sprawujące bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad klientem poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez klienta, lub każdą osobę fizyczną lub osoby fizyczne, w imieniu których są nawiązywane stosunki gospodarcze lub przeprowadzana jest transakcja okazjonalna, w tym:

- w przypadku klienta będącego osobą prawną inną niż spółka, której papiery wartościowe są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym podlegającym wymogom ujawniania informacji wynikającym z przepisów prawa Unii Europejskiej lub odpowiadającym im przepisom prawa państwa trzeciego: – osobę fizyczną będącą udziałowcem lub akcjonariuszem klienta, której przysługuje prawo własności więcej niż 25% ogólnej liczby udziałów lub akcji tej osoby prawnej, – osobę fizyczną dysponującą więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie stanowiącym klienta, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu, – osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad osobą prawną lub osobami prawnymi, którym łącznie przysługuje prawo własności więcej niż 25% ogólnej liczby udziałów lub akcji klienta, lub łącznie dysponującą więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie klienta, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu, – osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad klientem poprzez posiadanie w stosunku do tej osoby prawnej uprawnień, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, lub – osobę fizyczną zajmującą wyższe stanowisko kierownicze w przypadku udokumentowanego braku możliwości ustalenia lub wątpliwości co do tożsamości osób fizycznych określonych w tiret pierwszym, drugim, trzecim i czwartym oraz w przypadku niestwierdzenia podejrzenia prania pieniędzy lub finansowania terroryzmu,
- w przypadku klienta będącego trustem:
  - założyciela,
  - powiernika,
  - nadzorcę, jeżeli został ustanowiony,
  - beneficjenta,
  - inną osobę sprawującą kontrolę nad trustem,
- w przypadku klienta będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, wobec którego nie stwierdzono przesłanek lub okoliczności mogących wskazywać na fakt sprawowania kontroli nad nim przez inną osobę fizyczną lub osoby fizyczne, przyjmuje się, że taki klient jest jednocześnie beneficjentem rzeczywistym.

\*\* Niepotrzebne skreślić.

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

# Deklaracja w sprawie zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego\*

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

I.

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Płeć  K,  M

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia\*\*  DD  MM  RR  RR  RR Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

## II. OŚWIADCZENIE

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.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

### 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis osoby składającej oświadczenie

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

AGENT  
/BROKER  
OFWCA\*

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 \_\_\_\_\_

AGENT  
OFWCA\*

**POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.**

ID Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Dystrybutor ubezpieczeń \_\_\_\_\_  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. \_\_\_\_\_  
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, 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 pozostające we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

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