

GRUPA+

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GRUPA+

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

PAKIETY BRONZE 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 Dokument potwierdzający tożsamość: _____ Seria, numer, oznaczenie: _____

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)

- | | | |
|---|------------------------|--|
| ☐ WARIANT 1 - BRONZE STANDARD | Składka: 32 PLN | słownie: trzydzieści dwa złote |
| ☐ WARIANT 2 - BRONZE STANDARD + | Składka: 35 PLN | słownie: trzydzieści pięć złotych |
| ☐ WARIANT 3 - BRONZE JUNIOR | Składka: 34 PLN | słownie: trzydzieści cztery złote |
| ☐ WARIANT 4 - BRONZE COMPLETE | Składka: 37 PLN | słownie: trzydzieści siedem 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 1 BRONZE STANDARD	WARIANT 2 BRONZE STANDARD +	WARIANT 3 BRONZE JUNIOR	WARIANT 4 BRONZE 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)	12 000 PLN	12 000 PLN	12 000 PLN	12 000 PLN
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	8 000 PLN	8 000 PLN	8 000 PLN	8 000 PLN
3)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	8 000 PLN	8 000 PLN	8 000 PLN	8 000 PLN
4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	8 000 PLN	8 000 PLN	8 000 PLN	8 000 PLN
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	8 000 PLN	8 000 PLN	8 000 PLN	8 000 PLN
6)	zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	5 000 PLN	5 000 PLN	5 000 PLN	5 000 PLN
7)	zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci)	2 000 PLN	2 000 PLN	2 000 PLN	2 000 PLN
8)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu)	100 PLN	100 PLN	100 PLN	100 PLN
9)	wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania	1 000 PLN	1 000 PLN	1 000 PLN	1 000 PLN
10)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 5 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	30 PLN	30 PLN	30 PLN	30 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	50 PLN	50 PLN	50 PLN	50 PLN
12)	narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonemu	500 PLN	500 PLN	500 PLN	500 PLN
13)	narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonemu	1 000 PLN	1 000 PLN	1 000 PLN	1 000 PLN
14)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	2 000 PLN	2 000 PLN	2 000 PLN	2 000 PLN
15)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 14))	2 000 PLN	2 000 PLN	2 000 PLN	2 000 PLN
16)	zgon Dziecka Ubezpieczonego	2 500 PLN	2 500 PLN	2 500 PLN	2 500 PLN
17)	zgon Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 16))	2 500 PLN	2 500 PLN	2 500 PLN	2 500 PLN
18)	zgon Rodziców Ubezpieczonego	500 PLN	500 PLN	500 PLN	500 PLN
19)	zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego	500 PLN	500 PLN	500 PLN	500 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			300 PLN	300 PLN
27)	pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem			40 PLN	40 PLN
28)	wystąpienie poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego			1 500 PLN	1 500 PLN
29)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu			50 PLN	50 PLN
30)	wystąpienie poronienia u Ubezpieczonego lub Małżonki Ubezpieczonego			1 000 PLN	1 000 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 ustalaniem 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 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.
- 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 środkami komunikacji elektronicznej informacji, o których mowa w art. 20 ust. 2-4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie moich danych osobowych podanych przeze mnie lub pozyskanych w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia, we własnych celach marketingowych:
po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia. ☐ TAK ☐ NIE
w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń 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 podane przeze mnie lub pozyskane w trakcie wykonywania Umowy Ubezpieczenia, w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, w celu ich przetwarzania oraz podejmowania wobec mnie decyzji opartych o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie w celach marketingowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group. ☐ 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, żółtaczkę 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

DD - MM - RR RR RR _____
Data podpisania wniosku miejscowość

* 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. 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:

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

Rodzaj prowadzonej przez Klienta działalności gospodarczej _____

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

podpis Ubezpieczającego

Jako Dystrybutor oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczającego / Ubezpieczonego oraz poprawność danych na podstawie okazanych mi dokumentów tożsamości/ w inny dopuszczony przepisami prawa polskiego sposób, w tym na podstawie aplikacji mObywatel. Potwierdzam, że podpisy zostały złożone przez powyżej wskazane osoby, których ten wniosek dotyczy.

AGENT
/BROKER

ID Dystrybutora ubezpieczeń
☐ Agent ☐ Broker

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

OFWCA

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.

(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, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
 - b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
 - 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,
 - e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
 - f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
 - g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, 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 oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
 - j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.
- Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi, o których mowa w lit. a-g, i, j, określa Rozporządzenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 27 lipca 2021 r. w sprawie wykazu krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami publicznymi.

PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISKI WSPÓŁPRACOWNIK 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.