

SUPER GWARANCJA

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA

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 - RRRRR / _____
(data sporządzenia wniosku: dd-mm-rrrr) (kolejny nr wniosku w danym dniu)

DD - MM - RRRRR
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 | | |

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, 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 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.
- Zobowiązuję się do przekazania na piśmie powyższych dokumentów kształtujących treść umowy ubezpieczenia osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową przed wyrażeniem przez nie zgody na ubezpieczenie.

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

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 _____

Dokument stwierdzający tożsamość _____ Seria, numer, oznaczenie _____

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 _____

Dokument stwierdzający tożsamość _____ Seria, numer, oznaczenie _____

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 _____

Dokument stwierdzający tożsamość _____ Seria, numer, oznaczenie _____

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 _____

Dokument stwierdzający tożsamość _____ Seria, numer, oznaczenie _____

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. Jeruzolimskie 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.
- Zobowiązuję się poinformować o zmianie okoliczności, która ma wpływ na zmianę informacji dotyczących Beneficjenta rzeczywistego/ Beneficjentów rzeczywistych oraz złożyć odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności. W razie konieczności zobowiązuję się do dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____

miejscowość _____

podpis osoby składającej oświadczenie _____

***Beneficjent Rzeczywisty oznacza:** każdą osobę fizyczną sprawującą 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, w imieniu której są nawiązywane stosunki gospodarcze lub jest przeprowadzana transakcja okazjonalna, w tym:

- a) w przypadku osoby prawnej innej niż spółka, której papiery wartościowe są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym podlegającym wymogom ujawniania informacji wynikającym z przepisów prawa Unii Europejskiej lub odpowiadających im przepisów prawa państwa trzeciego:
 - osobę fizyczną będącą udziałowcem lub akcjonariuszem, 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 tej osoby prawnej, 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, lub które łącznie dysponują więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie stanowiącym tej osoby prawnej, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu,
 - osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad osobą prawną poprzez posiadanie uprawnień, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), lub
 - osobę fizyczną zajmującą wyższe stanowisko kierownicze w przypadku udokumentowanego braku możliwości ustalenia lub wątpliwości co do tożsamości osób fizycznych określonych w tiret pierwszym–czwartym oraz w przypadku niestwierdzenia podejrzeń prania pieniędzy lub finansowania terroryzmu,
- b) w przypadku trustu:
 - założyciela, w tym fundatora w rozumieniu ustawy z dnia 26 stycznia 2023 r. o fundacji rodzinnej (Dz. U. poz. 326),
 - powiernika, w tym członka zarządu w rozumieniu ustawy z dnia 26 stycznia 2023 r. o fundacji rodzinnej,
 - nadzorcę, jeżeli został ustanowiony, w tym członka rady nadzorczej w rozumieniu ustawy z dnia 26 stycznia 2023 r. o fundacji rodzinnej,
 - beneficjenta, w tym beneficjenta w rozumieniu ustawy z dnia 26 stycznia 2023 r. o fundacji rodzinnej lub – w przypadku gdy osoby fizyczne czerpiące korzyści z danego trustu nie zostały jeszcze określone – grupę osób, w których głównym interesie powstał lub działa trust,
 - inną osobę sprawującą kontrolę nad trustem,
 - inną osobę fizyczną o uprawnieniach lub obowiązkach równoważnych do określonych w tiret od pierwszego do piątego,
- c) w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą, wobec której nie stwierdzono przesłanek lub okoliczności mogących wskazywać na fakt sprawowania kontroli nad nią przez inną osobę fizyczną lub osoby fizyczne, przyjmuje się, że taka osoba fizyczna 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 _____ Pleć K, M

PESEL _____ Data urodzenia** D D M M R R R R _____ 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 informację od Ubezpieczającego, że prowadzi działalność gospodarczą,
- deklarację wypełnia przedsiębiorca.

Rodzaj prowadzonej przez Klienta działalności gospodarczej _____

podpis osoby składającej oświadczenie

Jako Dystrybutor oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczającego / osoby reprezentującej Ubezpieczającego 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 <input type="checkbox"/> Agent <input type="checkbox"/> 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. _____ |

(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:

- szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- 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,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- 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,
- 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 oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- 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 BLISCY 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.

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