

WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Numer wniosku \_\_\_\_\_

Dystrybutor ubezpieczeń \_\_\_\_\_ RBH/Przedstawicielstwo \_\_\_\_\_

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (wypełnia Ubezpieczający)**

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej \_\_\_\_\_ NIP \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ KRS / ew. gosp. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ pieczęć firmowa Ubezpieczającego Numer PKD \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Opis działalności podstawowej \_\_\_\_\_

Liczba wszystkich zatrudnionych: \_\_\_\_\_ Liczba Pracowników zgłoszonych do ubezpieczenia: \_\_\_\_\_ w tym kobiet: \_\_\_\_\_ mężczyzn: \_\_\_\_\_

Liczba Małżonków / Partnerów / Pełnoletnich dzieci zgłoszonych przez Pracowników do ubezpieczenia (łącznie): \_\_\_\_\_ w tym kobiet: \_\_\_\_\_ mężczyzn: \_\_\_\_\_

**Adres korespondencyjny**

**OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO (do sporządzania i podpisywania dokumentów związanych z obsługą umowy ubezpieczenia oraz składania oświadczeń zgodnie z udzielonym pełnomocnictwem)**

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_ Telefon kom. \_\_\_\_\_

Wzór podpisu i pieczęć Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

**PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI W ZAWIERANEJ UMOWIE UBEZPIECZENIA** 01. MM. RR. RR.

Składka za Pracownika \_\_\_\_\_ zł w tym finansowana przez: Pracownika \_\_\_\_\_ zł Pracodawcę \_\_\_\_\_ zł

Składka za Małżonka / Partnera / Pełnoletnie dziecko \_\_\_\_\_ zł Częstotliwość opłacania składki  roczna  półroczna  kwartalna  miesięczna

Wpłaty pierwszej składki za grupę należy dokonać na rachunek bankowy nr: 43 1020 0061 1000 0050 0000 0478

**INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO**

- Niniejszy wniosek jest podpisywany przez Ubezpieczającego, tj. osoby upoważnione do składania oświadczeń zgodnie z KRS lub wpisem do ewidencji działalności gospodarczej lub zgodnie z pełnomocnictwem Ubezpieczającego.
- Do wniosku Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć następujące dokumenty:
  - podpisaną przez Ubezpieczającego propozycję ubezpieczenia otrzymaną od Towarzystwa,
  - podpisany przez Ubezpieczającego wykaz osób przystępujących do umowy ubezpieczenia z pierwszym dniem odpowiedzialności z tytułu tej umowy,
  - deklarację zgody osób przystępujących do umowy ubezpieczenia z pierwszym dniem odpowiedzialności z tytułu tej umowy.
- Niniejszy wniosek Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć do Towarzystwa nie później niż w dniu poprzedzającym dzień proponowanej w niniejszym wniosku daty początku odpowiedzialności w zawieranej umowie ubezpieczenia.

**OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO**

- Wnoszę o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zgodnie z podpisaną propozycją ubezpieczenia załączoną do niniejszego wniosku.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem i zapoznałem się z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia na życie Bezpieczni Razem o symbolu BRP-20624.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku dystrybutor ubezpieczeń przekazał mi dokument, zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że dokument ten ma charakter informacyjny i nie stanowi części umowy ubezpieczenia.
- Zobowiązuję się do przekazywania wszystkim osobom, które wykażą zainteresowanie przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, przed wyrażeniem przez te osoby zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia, wszelkich dokumentów i potwierdzonych przez Towarzystwo informacji kształtujących treść zawieranej umowy ubezpieczenia, a w przypadku osób przystępujących po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia dokumentów stanowiących treść umowy ubezpieczenia na dzień przystąpienia.

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

Data DD.MM.RR \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ pieczęć Ubezpieczającego i podpisy osób zgodnie z KRS / ewid. gosp. \_\_\_\_\_

OFWCA / AGENT, BROKER

\_\_\_\_\_ nazwa 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

OFWCA / AGENT

\_\_\_\_\_ Polisa-Życie Ubezpieczenia Sp. z o.o. Dystrybutor ubezpieczeń

\_\_\_\_\_ 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)

\* Niepotrzebne skreślić.

## Oświadczenie Beneficjent Rzeczywisty<sup>1</sup>

WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Numer wniosku

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

Rzeczywistym w związku z transakcją wynikającą ze złożenia w dniu DD - MM - RRRR 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 - MM - RRRR Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Dokument stwierdzający tożsamość \_\_\_\_\_ Seria, numer, oznaczenie \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

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

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

Oświadczam, że ww. beneficjent rzeczywisty jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup> lub jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup> lub jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup>.

TAK  NIE

**2.**

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

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia\*\* D - D - MM - RRRR Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Dokument stwierdzający tożsamość \_\_\_\_\_ Seria, numer, oznaczenie \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

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

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

Oświadczam, że ww. beneficjent rzeczywisty jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup> lub jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup> lub jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup>.

TAK  NIE

**3.**

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

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia\*\* D - D - MM - RRRR Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Dokument stwierdzający tożsamość \_\_\_\_\_ Seria, numer, oznaczenie \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

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

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

Oświadczam, że ww. beneficjent rzeczywisty jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup> lub jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup> lub jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup>.

TAK  NIE

**4.**

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

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia\*\* D - D - MM - RRRR Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

Dokument stwierdzający tożsamość \_\_\_\_\_ Seria, numer, oznaczenie \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

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

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

Oświadczam, że ww. beneficjent rzeczywisty jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup> lub jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup> lub jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne <sup>2</sup>.

TAK  NIE

**OŚWIADCZENIE**

• Jednocześnie oświadczam, że jest mi znany obowiązek poinformowania Beneficjenta Rzeczywistego o przekazaniu jego danych Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, Al. Jeruzolimskie 162A, 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.

• Potwierdzam, iż złożone powyżej oświadczenia odnośnie statusu PEP wskazanych beneficjentów rzeczywistych, są zgodne z posiadaną przeze mnie wiedzą i zobowiązuję się do aktualizacji oświadczeń dot. beneficjenta rzeczywistego w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz, w razie konieczności, do dostarczenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

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

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

<sup>1</sup> **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.

<sup>1</sup> Oświadczenie Beneficjent Rzeczywisty

<sup>2</sup> Deklaracja sprawie zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego

\* Niepotrzebne skreślić.

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

<sup>2</sup> **PRZEZ OSOBĘ ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. 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, chargé 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 politycznymi.

<sup>2</sup> **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 utrzymującą 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.

<sup>2</sup> **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 pozostające we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.