

SENIOR

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SENIOR

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

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 stwierdzający 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 - MINI** Składka: **51** PLN słownie: **pięćdziesiąt jeden złotych**
- WARIANT 2 - MIDI** Składka: **71** PLN słownie: **siedemdziesiąt jeden złotych**
- WARIANT 3 - MAXI** Składka: **93** PLN słownie: **dziewięćdziesiąt trzy złote**

Proponowana data początku odpowiedzialności: **D D - M M - R R R R**

Dzień początku odpowiedzialności potwierdza polisa ubezpieczeniowa.

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

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	WARIANT 1	WARIANT 2	WARIANT 3
	MINI	MIDI	MAXI
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)	7 000 PLN	9 000 PLN	12 000 PLN
2) zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	7 000 PLN	9 000 PLN	12 000 PLN
3) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	7 000 PLN	9 000 PLN	12 000 PLN
4) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	7 000 PLN	9 000 PLN	12 000 PLN
5) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	7 000 PLN	9 000 PLN	12 000 PLN
6) zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	2 000 PLN	4 000 PLN	6 000 PLN
7) powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu)	50 PLN	100 PLN	150 PLN
8) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	10 PLN	30 PLN	40 PLN
9) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	30 PLN	50 PLN	60 PLN
10) zgon małżonka/konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3 500 PLN	4 500 PLN	6 000 PLN
11) zgon dziecka Ubezpieczonego	1 000 PLN	1 500 PLN	2 000 PLN
12) zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 11))	5 000 PLN	6 000 PLN	8 000 PLN

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

WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony)

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

Niewskazanie beneficjenta skutkuje ustaleniem 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 SENIOR 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 SENIOR o symbolu BRP-0618 oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, 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.
- 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 Vienna Life 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 Vienna Life 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 Vienna Life 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 Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group 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 Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa) oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) 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 Vienna Life 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

DD - MM - RRRR _____
Data podpisania wniosku miejscowość

ANKIETA OSOBOWA DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

PESEL: _____ Dokument _____ Seria, numer, _____
 stwierdzający tożsamość: _____ oznaczenie: _____

1.	Czy rozpoznano u Pani/Pana którąkolwiek z wymienionych poniżej chorób?		
a)	zawał serca - martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, manifestująca się świeżymi zmianami w zapisie EKG, podwyższeniem enzymów nekrotycznych, akinezą ściany mięśnia sercowego oraz innymi objawami klinicznymi zawału	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
b)	udar mózgu - trwałe zmiany w tkance mózgowej spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem, manifestujące się neurologicznymi zmianami ogniskowymi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
c)	nowotwór złośliwy - niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które stały się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu, z możliwością naciekania tkanek i narządów oraz tworzenia przerzutów	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
d)	POCHP (przewlekła obturacyjna choroba płuc) - progresywne zaburzenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe, zależne od przewlekłego obturacyjnego zapalenia oskrzeli lub od rozedmy (stwierdzone w spirometrii)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
e)	cukrzycę insulinozależną - choroba przemiany materii wynikająca z niedoboru insuliny, manifestująca się obecnością cukru i ciał ketonowych w moczu, podwyższonym poziomem cukru we krwi, wymagająca leczenia insuliną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
f)	przewlekłą niewydolność nerek - trwająca kilka miesięcy (więcej niż 1 miesiąc) choroba obu nerek, niezależnie od przyczyny, manifestująca się zmniejszeniem filtracji kłębuszkowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
g)	HIV i/lub HCV - potwierdzona badaniem krwi obecność ludzkiego wirusa upośledzenia odporności (HIV) i/lub wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
h)	ZZA i/lub ZUA (zespół zależności alkoholowej, zespół uzależnienia alkoholowego) - przewlekłe, wieloletnie spożywanie alkoholu, powodujące szkodliwe następstwa zdrowotne, np. zaburzenia świadomości i procesów poznawczych oraz choroby somatyczne (np. marskość wątroby, zapalenie trzustki, żylaki przełyku)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
i)	otyłość olbrzymią i/lub patologiczną (BMI > 40) - nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie, osiągające wartość BMI (Body Mass Index) 40 lub więcej. Technika wyliczenia BMI: waga/wzrost ²	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Czy jest Pani/Pan pensjonariuszem hospicjum?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia lub planowane jest u Pani/Pana leczenie specjalistyczne?		
a)	Chemioterapia - metoda systemowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zastosowaniu leków cytostatycznych, eliminująca z organizmu komórki nowotworu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
b)	Radioterapia - metoda miejscowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zewnętrznym oddziaływaniu promieniami jonizującymi, eliminująca z organizmu komórki nowotworu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
c)	Brachyterapia - odmiana radioterapii polegająca na umieszczeniu źródeł promieniotwórczych w obrębie guza nowotworowego lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
d)	Interferonoterapia - metoda systemowego leczenia WZW typu C, polegająca na dożylnym zastosowaniu nieswoistego białka (interferon), hamującego syntezę wirusowego RNA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	Czy orzeczono u Pani/Pana niepełnosprawność w stopniu znacznym (całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji) lub umiarkowanym (całkowita niezdolność do pracy)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Czy jest Pani/Pan biorcą świadczenia rentowego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6.	Czy kiedykolwiek odmówiono Pani/Panu zawarcia umowy ubezpieczenia z powodów medycznych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Jestem świadomy, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji, Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym.

DD - MM - RRRR _____
 Data podpisania wniosku miejscowość podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

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.

WNOSKIJĘ O ZAWARCIE UMOWY DODATKOWA OCHRONA

Składka z tytułu umowy dodatkowej DODATKOWA OCHRONA opłacana jest łącznie ze składką należną z tytułu Umowy Podstawowej i zawiera się w składce wskazanej za dany Wariant.

Częstotliwość opłacania składki z tytułu umowy dodatkowej DODATKOWA OCHRONA wynika z Umowy Podstawowej.

Data początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy DODATKOWA OCHRONA zgodna z datą zawarcia Umowy Podstawowej.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWA OCHRONA

Lp.	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	kwota świadczenia
1)	rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2 000 PLN
2)	wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres pakietu urazowego	250 PLN
3)	wystąpienie u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku	250 PLN

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZANEGO

SEKCJA I*

- Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej DODATKOWA OCHRONA do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie o symbolu BRP-0321. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki umowy dodatkowej DODATKOWA OCHRONA do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie o symbolu BRP-0321, 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.

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

podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

 - - _____
Data podpisania wniosku miejscowość

DEKLARACJA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO*

1. Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

TAK NIE

2. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

TAK NIE

3. Oświadczam, że jestem osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

TAK NIE

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i zobowiązuję się jego aktualizacji w przypadku zmiany okoliczności w nim wskazanych.

Należy wypełnić w przypadku odpowiedzi TAK na jedno z pytań dotyczących osób zajmujących eksponowane stanowiska polityczne:

Oświadczam, że Źródło pochodzenia mojego majątku jest następujące:

- działalność gospodarcza,
 umowa o pracę,
 umowa zlecenia/ o dzieło,
 emerytura,
 inne, jakie? _____

podpis Ubezpieczającego

Jako Dystrybutor oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczającego / Ubezpiezanego 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

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

ID Dystrybutora ubezpieczeń

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

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.

(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:

- szeffów 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.