



#### IV. OŚWIADCZENIA

• Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”.  TAK  NIE

• Wyrażam zgodę na przysyłanie mi powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z obsługą świadczenia ubezpieczeniowego 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

#### DEKLARACJA UPRAWNIENEGO DO ŚWIADCZENIA 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. (Dz.U. 2018, poz. 723 – tekst jednolity).

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 \_\_\_\_\_

#### Załączono dokumenty:

wypis z dowodu osobistego  wypis z innego dokumentu potwierdzającego tożsamość np. paszportu

Podstawą dokonania wypłaty jest przedstawienie Towarzystwu niniejszego wniosku w oryginale wraz z wypisem dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej.

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Data DD - MM - RR, RR, RR

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego (zgodnie ze wzorem)

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego (zgodnie ze wzorem)

#### \*\* 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 osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska 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 trybunałów 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, i) 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 pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

# Wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu)

(załącznik do wniosków skutkujących wypłatą świadczenia z umowy ubezpieczenia)

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

Niniejszy druk wypełnia osoba przyjmująca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie okazanego oryginału dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Wypełniony druk potwierdzony za zgodność z oryginałem przez osobę przyjmującą wniosek o wypłatę świadczenia należy dołączyć do tego wniosku. Wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość stanowi część dokumentacji świadczeniowej.

## WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ UBEZPIEZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO

Imiona \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość \_\_\_\_\_ Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość \_\_\_\_\_

Data ważności dokumentu potwierdzającego tożsamość D,D - M,M - R,R,R,R

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego/Uprawnionego \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ NINIEJSZY WYPIS

Oświadczam, że podane powyżej informacje zgodne są z danymi zawartymi w okazanym mi oryginale dowodu osobistego lub oryginale innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby przyjmującej wypis \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”.

**UBEZPIEZAJĄCY**  
 TAK  NIE

**UBEZPIECZONY**  
 TAK  NIE

**UPRAWNIONY**  
 TAK  NIE

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego/Uprawnionego \_\_\_\_\_