

Wniosek o wypłatę wartości wykupu/nadpłaty

Numer polisy

OPPIA-F123-3-0925-PDF

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Podanie danych i złożenie oświadczeń wskazanych w niniejszym wniosku jest niezbędne w celu jego zrealizowania.

W przypadku wypełniania wniosku bez obecności Konsultanta prosimy o przesłanie kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość tj. skan lub zdjęcie dowodu osobistego (obydwu stron) lub paszportu w części zawierającej dane osobowe Ubezpieczającego.

1. Dane Ubezpieczającego

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

Telefon komórkowy

Adres e-mail

Państwo urodzenia

PESEL

Data urodzenia (dot. osób nieposiadających nr. PESEL)

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: dowodu osobistego/mDowodu/paszportu

Data ważności dokumentu tożsamości

Obywatelstwo: ☐ polskie

lub inne (jakie)

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

--	--	--	--	--

Krai

[illegible]

Miejscowość

☐ Zapoznałem/am się z definicjami: osób zajmujących eksponowane stanowisko polityczne, osób znanych jako ich bliscy współpracownicy oraz członków rodziny osób zajmujących eksponowane stanowisko polityczne, a także z wykazem krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi, określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 46c ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Składając poniższe oświadczenie jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Czy jest Pan / Pani:

Osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, proszę podać zajmowane stanowisko polityczne

Członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, proszę podać stanowisko polityczne zajmowane przez członka rodziny

Osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, proszę podać stanowisko polityczne zajmowane przez bliskiego współpracownika

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

- a) szefowie państw, szefowie rządów, ministrowie, wiceministrowie oraz sekretarze stanu;
- b) członkowie parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych;
- c) członkowie organów zarządzających partii politycznych;
- d) członkowie sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych;
- e) członkowie trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych;
- f) ambasadorowie, *chargés d'affaires* oraz wyżsi oficerowie sił zbrojnych;
- g) członkowie 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) dyrektorzy, zastępcy dyrektorów oraz członkowie organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach;
- i) dyrektorzy generalni w urzędach naczelnym i centralnym organach państwowych oraz dyrektorzy generalni urzędów wojewódzkich;
- j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.

- małżonek, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i dziecko jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodzic osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Osoby znane jako bliscy współpracownicy osób zajmujących eksponowane stanowiska polityczne 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.

Numer rachunku bankowego

- ☐ Oświadczam, że jestem posiadaczem rachunku bankowego

☐ Oświadczam, że jestem współposiadaczem rachunku bankowego

Imię i nazwisko współposiadacza rachunku bankowego

- ☐ Oświadczam, że rachunek należy do osoby trzeciej

Imię posiadacza rachunku bankowego

Nazwisko posiadacza rachunku bankowego	
--	--

DATA URODZENIA POSIADACZY RAČUNNIKA

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

W przypadku gdy do wypłaty świadczenia wskazany zostanie rachunek osoby trzeciej, niezbędne będzie dostarczenie wypełnionego i podpisanego przez posiadacza rachunku Oświadczenia posiadacza rachunku wraz z kopią dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby.

Formularz Oświadczenia posiadacza rachunku dostępny jest na www.pru.pl i stanowi załącznik do wniosku.

Miejscowość		
-------------	--	--

Data i podpis Ubezpieczającego albo osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Dane osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Imię i nazwisko

PESEL (lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających nr PESEL)

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Obywatelstwo

Potwierdzam, że w stosunku do Ubezpieczającego wykonałem/am wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

W przypadku Ubezpieczających działających poprzez reprezentanta potwierdzam, że zweryfikowałem, iż osoba reprezentująca Ubezpieczającego jest odpowiednio umocowana do działania w jego imieniu oraz wykonałem wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

Data	Miejscowość

Imię i nazwisko Konsultanta	Numer	Oddział	Podpis
-----------------------------	-------	---------	--------

Data	Miejscowość

Imię i nazwisko Konsultanta	Numer	Oddział	Podpis
-----------------------------	-------	---------	--------

Imię i nazwisko Konsultanta	Numer	Oddział	Podpis
-----------------------------	-------	---------	--------

Imię i nazwisko Konsultanta	Numer	Oddział	Podpis
-----------------------------	-------	---------	--------