

## OŚWIADCZENIE O ZMIANIE DANYCH DO UBEZPIECZENIA

”\_\_\_\_\_”  
(nazwa produktu)

<b>Seria i nr Certyfikatu:</b>		<b>Data rozpoczęcia Okresu odpowiedzialności:</b>	
--------------------------------	--	---	--

### dotychczasowe dane Klienta/Ubezpieczonego (podanie ich jest obowiązkowe):

imię		Nazwisko	
nazwisko panińskie matki Klienta/Ubezpieczonego		data urodzenia	
seria i nr dowodu osobistego (paszportu dla obcokrajowców)		PESEL (obywatelstwo dla obcokrajowców)	

### poniżej proszę podać tylko te dane, które uległy zmianie

#### Nowe dane Ubezpieczonego:

imię		Nazwisko	
nazwisko panińskie matki Klienta/ Ubezpieczonego			
seria i nr dowodu osobistego / paszportu		PESEL (nie dotyczy w przypadku obcokrajowców)	
data urodzenia		obywatelstwo	
status dewizowy	<input type="checkbox"/> rezydent <input type="checkbox"/> nierezydent (w przypadku gdy Klient/ Ubezpieczony jest nierezydentem konieczne jest podpisanie Oświadczenia znajdującego się poniżej)		
prowadzona działalność gospodarcza lub pełnienie funkcji zarządczych/ nadzorczych w następujących branżach	<input type="checkbox"/> przyjmowanie płatności w gotówce w średniej kwocie jednorazowej powyżej 1 000 zł <input type="checkbox"/> sektor paliwowy <input type="checkbox"/> sektor tytoniowy <input type="checkbox"/> sektor złomowy <input type="checkbox"/> handel bronią <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy – nie prowadzę działalności gospodarczej ani nie zasiadam w organach zarządczych/nadzorczych spółek		
adres zameldowania - ulica i nr			
adres zameldowania – miejscowość		adres zameldowania – kod pocztowy	
adres zameldowania – państwo			
adres korespondencyjny - ulica i nr			
adres korespondencyjny- miejscowość		adres korespondencyjny- kod pocztowy	
adres korespondencyjny – państwo			
nr telefonu		adres e-mail	
numer rachunku bankowego wskazany przez Ubezpieczonego: <sup>1</sup>			
imię i nazwisko/ nazwa właściciela rachunku bankowego wskazanego przez Ubezpieczonego			
adres właściciela rachunku bankowego wskazanego przez Ubezpieczonego			

#### Nowe dane Uprawnionych:

<sup>1</sup> Numer rachunku bankowego, na który zostaną przekazane kwoty należne Ubezpieczonemu zgodnie Warunkami Ubezpieczenia.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu pod adresem: ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000092396, REGON 932716961, NIP 8951765137, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 307 200 000 zł

1	Imię		nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		procent udziału	
	Adres			
2	Imię		nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		procent udziału	
	Adres			
3	Imię		nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		procent udziału	
	Adres			
4	Imię		nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		procent udziału	
	Adres			

.....  
**data i podpis Ubezpieczonego**

### OŚWIADCZENIE

Mając świadomość, że oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, niniejszym oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy z dnia 16 listopada 2000r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (tj. Dz. U. z 2010 r. Nr 46, poz. 276 z późn. zm).

TAK     NIE

Zgodnie z ww. Ustawą przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne rozumie się osoby fizyczne:

- szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych - którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w tych przepisach,
- małżonków osób, o których mowa w lit. a) lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a), małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
- które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a), w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób

- mające miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

data złożenia oświadczenia:

.....  
**nr telefonu Ubezpieczonego  
składającego oświadczenie<sup>2</sup>**

.....  
**data i podpis Ubezpieczonego  
składającego oświadczenie**

<sup>2</sup> Podanie numeru telefonu jest obowiązkowe