

**OŚWIADCZENIE O ZMIANIE DANYCH DO UBEZPIECZENIA
„DAMA PIK PLUS”**

Seria i nr Certyfikatu:		Data początku okresu ubezpieczenia:	
--------------------------------	--	--	--

Dotychczasowe dane Ubezpieczonego (podanie ich jest obowiązkowe):

Imię		Nazwisko	
Nazwisko panieńskie matki 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 panieńskie matki Ubezpieczonego			
seria i nr dowodu osobistego (paszportu dla Obcokrajowców)		PESEL (nie dotyczy – w przypadku Obcokrajowców)	
data urodzenia		Obywatelstwo	
status dewizowy	<input type="checkbox"/> rezydent <input type="checkbox"/> nierezydent (<i>w przypadku, gdy Klient/ Ubezpieczony jest nierezydentem konieczne jest podpisanie Oświadczenia znajdującego się poniżej</i>)		
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 Klienta/Ubezpieczonego: ¹	
Imię i Nazwisko/ nazwa właściciela rachunku bankowego wskazanego przez Klienta/Ubezpieczonego	
Adres właściciela rachunku bankowego wskazanego przez Klienta/Ubezpieczonego	

jeżeli zmiana dotyczy dodania kolejnych Uprawnionych, proszę podać dane wszystkich Uprawnionych określając nowy procentowy udział każdego ze wskazanych Uprawnionych

Nowe dane Uprawnionych:

1	Imię		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla Obcokrajowców)		procent udziału	
	Obywatelstwo			
	adres			
2	Imię		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla Obcokrajowców)		procent udziału	
	Obywatelstwo			
	adres			
3	Imię		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla Obcokrajowców)		procent udziału	
	Obywatelstwo			
	adres			
4	Imię		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla Obcokrajowców)		procent udziału	
	Obywatelstwo			
	adres			

.....
data i podpis Ubezpieczonego

Wypełnia Przedstawiciel Ubezpieczającego:

Stwierdza się zgodność podanych danych z okazanym dokumentem tożsamości oraz potwierdza się własnoręczność złożonego podpisu.

.....
miejsowość i data

.....
podpis i stempel służbowy Przedstawiciela Ubezpieczającego

¹ Numer rachunku bankowego, na który ma zostać przekazane świadczenie z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia lub inna kwota należna Ubezpieczonemu zgodnie z warunkami ubezpieczenia „DAMA PIK PLUS”
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu pod adresem: ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 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, o numerze REGON 932716961 i numerze NIP 8951765137, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 147 200 000 zł

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 (Dz. U. 10.46.276).

TAK NIE

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

- a) 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'affairs 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 powyżej,
- b) 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,
- c) osoby fizyczne, 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:

.....
podpis Klienta/ Ubezpieczonego
składającego oświadczenie

Wypełnia Przedstawiciel Ubezpieczającego:

Stwierdza się zgodność podanych danych osobowych z okazanym dokumentem tożsamości Klienta/ Ubezpieczonego oraz potwierdza się własnoręczność złożonego podpisu.

.....
miejscowość i data

.....
podpis i stempel służbowy Przedstawiciela
Ubezpieczającego