

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

### Jak zgłosić szkodę?



#### ONLINE

Za pomocą formularza na [www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl)  
lub mailowo na adres [szkody@tueuropa.pl](mailto:szkody@tueuropa.pl)



#### TELEFONICZNIE

Dzwoniąc na infolinię  
**801 500 300\* | 71 36 92 887**  
w godz. 8.00 - 20.00 od poniedziałku do piątku  
w sobotę w godz. 8.00 - 16.00  
\*według stawek operatora



#### PISEMNIEM

Wysyłając zgłoszenie na adres centrali

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.  
ul. Gwiaździsta 62  
53-413 Wrocław

### Masz pytania?



Napisz do nas:  
[bok@tueuropa.pl](mailto:bok@tueuropa.pl)

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.  
ul. Gwiaździsta 62 53-413 Wrocław



Zadzwoń na infolinię  
**801 500 300\* | 71 36 92 887**  
w godz. 8.00 - 20.00  
od poniedziałku do piątku  
w godz. 8.00 - 16.00 w soboty  
\*opłata wg stawek operatora



Zamów rozmowę na  
[www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl)



Porozmawiajmy na czacie



Porozmawiajmy na Messenger  
[@grupaeuropa](https://www.facebook.com/grupaeuropa)

### Prosimy o wypełnienie wniosku DRUKOWANYMI LITERAMI

Numer polisy /certyfikatu lub umowy kredytu / pożyczki (wpisz, jeśli posiadasz te dane)

### Podaj rodzaj zdarzenia

- Zgon/zgon w wyniku Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku (NNW)
- Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku (NNW)
- Całkowita niezdolność do pracy potwierdzona orzeczeniem ZUS/KRUS
- Częściowa niezdolność do pracy potwierdzona orzeczeniem ZUS/KRUS
- Czasowa niezdolność do pracy potwierdzona zwolnieniem lekarskim
- Poważne zachorowanie
- Hospitalizacja
- Inwalidztwo
- Utrata stałego źródła dochodu/utrata pracy

Dane zgłaszającego						
Imię				Nazwisko		
PESEL (data urodzenia w przypadku nie posiadania PESEL)*						
Adres do korespondencji						
Ulica				Nr domu		Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość				Kraj	
Adres e-mail			Telefon kontaktowy			
Kim jestem?	<input type="checkbox"/> ubezpieczającym		<input type="checkbox"/> ubezpieczonym		<input type="checkbox"/> uprawnionym	
	<input type="checkbox"/> poszkodowanym		<input type="checkbox"/> sprawcą		<input type="checkbox"/> osobą trzecią	

\*prosimy o podanie, jeżeli jako zgłaszający, jesteś również uprawnionym do otrzymania świadczenia

Dane ubezpieczonego (jeśli inny niż zgłaszający)						
Imię				Nazwisko		
PESEL (data urodzenia w przypadku obcokrajowca)						
Adres zamieszkania						
Ulica				Nr domu		Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość				Kraj	
Adres e-mail			Telefon kontaktowy			

Przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia (prosimy abyś podał znane Ci okoliczności zdarzenia, takie jak czas wystąpienia (data, godzina); miejsce powstania, w tym krótki opis leczenia)	
Data i godzina	
Miejsce powstania	
Opis zdarzenia	
Krótki opis leczenia	

Adres przychodni lub lekarza rodzinnego ubezpieczonego (nie dotyczy utraty stałego źródła dochodu/utraty pracy)	

**Wykaz dokumentów, które są wymagane do rozpatrzenia zgłoszenia.**

Zgon Ubezpieczonego/zgon w wyniku Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku (NNW)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odpis aktu zgonu ubezpieczonego</li> <li>2. Dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu ubezpieczonego (np. informacja policji lub prokuratury, jeśli zostały sporządzone)</li> <li>3. Zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu (karta statystyczna do karty zgonu)</li> </ol>
Całkowita/częściowa niezdolność do pracy	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orzeczenie ZUS/KRUS zgodne z warunkami ubezpieczenia</li> <li>2. Dokumentacja, na podstawie której wydano orzeczenie</li> </ol>
Czasowa niezdolność do pracy	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zaświadczenie/potwierdzenie od lekarza o czasowej niezdolności do pracy potwierdzające okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu</li> </ol>
Poważne zachorowanie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia dokumentacji medycznej stwierdzającej poważne zachorowanie</li> </ol>
Hospitalizacja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w szpitalu</li> <li>2. Historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego)</li> </ol>
Inwalidztwo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzające utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny</li> </ol>
Utrata stałego źródła dochodu/ utrata pracy	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. W przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody na podstawie stosunku pracy: świadectwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy</li> <li>2. W przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z tytułu kontraktu menedżerskiego: potwierdzenie rozwiązania kontraktu menedżerskiego i kopia kontraktu menedżerskiego</li> <li>3. W przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, odpowiednio: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Zaświadczenie o wykreśleniu z Ewidencji działalności gospodarczej</li> <li>2) Zaświadczenie o statusie bezrobotnego</li> <li>3) Oświadczenie określające podstawę prawną, która wpłynęła na wykreślenie z Ewidencji działalności gospodarczej</li> <li>4) Oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu umowy cywilno-prawnej z ubezpieczonym</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Uwaga :</b> Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego należy dostarczyć p aktualny dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych, a gdy okres pobrania zasiłku się skończył– zaświadczenie potwierdzające status bezrobotnego</p>
<p>Załączenie wymienionych dokumentów przyspieszy przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego. W uzasadnionych przypadkach poprosimy Cię o inne dokumenty lub informacje bezpośrednio związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności tego zdarzenia.</p>	

**Dane do wypłaty świadczenia – podaj dane właściciela rachunku bankowego**

Właściciel rachunku (Imię, nazwisko/Nazwa firmy)	
Numer rachunku bankowego	

**Oświadczam, że:**

1. Informacje zamieszczone w niniejszym druku podałam/em zgodnie z prawdą i moja najlepsza wiedza. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż w przypadku niewłaściwego / niepełnego wypełnienia druku, może wystąpić konieczność uzupełnienia informacji w nim zawartych.
2. Zostałam/-łam poinformowany/-a na temat celów i zasad przetwarzania danych osobowych przez TU Europa S.A oraz TU na Życie Europa. S.A. w Karcie informacyjnej RODO, która stanowi załącznik do niniejszego dokumentu.

**Zaznaczenie tych zgód usprawni i przyspieszy naszą komunikację w trakcie rozpatrywania zgłoszenia**

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o zgłoszonej szkodzie:

elektronicznie na podany w zgłoszeniu adres e-mail

drogą SMS na podany w zgłoszeniu numer telefonu

**Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem**

Data		Podpis zgłaszającego	
------	--	----------------------	--

**UWAGA !!!**

W przypadku złożenia wniosku do TU na Życie Europa S.A., jeśli jako zgłaszający, jesteś również uprawniony do otrzymania świadczenia, prosimy o wypełnienie załącznika 1 do niniejszego wniosku.

Jeśli to możliwe, oświadczenia zawarte w Załączniku 1 do niniejszego wniosku powinien wypełnić każdy z uprawnionych do otrzymania świadczenia.

**Wypełnia osoba upoważniona:**

Stwierdzam zgodność podanych danych z okazanym dokumentem tożsamości oraz potwierdzam własnoręczność złożonego podpisu.

**Potwierdzenie osoby przyjmującej wniosek ((jeśli zgłoszenie składane jest za pośrednictwem np. banku)**

Imię		Nazwisko	
Numer RAU osoby wykonującej czynności agencyjne			
Data		Miejscowość	
Dotyczy produktu ubezpieczeniowego			
Pieczeń służbowa/oddziału			

**Twoja opinia jest dla nas ważna**

Zapraszamy Cię do wypełnienia krótkiej anonimowej ankiety dotyczącej produktów i obsługi Grupy Ubezpieczeniowej Europa.

Bardzo zależy nam na Twojej opinii. Dzięki niej będziemy mogli ciągle się doskonalić. Link do ankiety: <http://www.tueuropa.pl/ankietasatysfakcji>

**Załącznik 1 do wniosku o wypłatę świadczenia**

**Oświadczenia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia**

Dane uprawnionego do otrzymania świadczenia				
Imię i nazwisko				
Nazwa firmy				
Forma organizacyjna – prawna**				
PESEL /data urodzenia* /NIP**				
Państwo urodzenia*				
Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz seria i numer dokumentu		<input type="checkbox"/> Dowód Osobisty <input type="checkbox"/> Paszport Seria i Nr dokumentu: _____		
Obywatelstwo				
Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej lub wskazać pełnienie funkcji zarządczych/nadzorczych w następujących branżach (prosimy o zaznaczenie)		<input type="checkbox"/> przyjmowanie płatności w gotówce w średniej kwocie jednorazowej powyżej 4 000 zł <input type="checkbox"/> sektor paliwowy <input type="checkbox"/> sektor tytoniowy <input type="checkbox"/> sektor złomowy <input type="checkbox"/> handel bronią i obrona <input type="checkbox"/> budownictwo <input type="checkbox"/> farmacja i opieka zdrowotna <input type="checkbox"/> przemysł wydobywczy <input type="checkbox"/> zamówienia publiczne <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy – nie prowadzę działalności gospodarczej ani nie zasiadam w organach zarządczych/nadzorczych spółek		
Adres zamieszkania / Adres siedziby firmy				
Ulica		Nr domu		Nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość		Kraj
Adres e-mail		Numer telefon		
Adres korespondencyjny				
Ulica		Nr domu		Nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość		Kraj

\*pole obowiązkowe w przypadku, gdy uprawniony nie posiadania nr PESEL

\*\* pole obowiązkowe w przypadku gdy uprawniony jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej

**Oświadczenie w sprawie zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego**

Symbol: AML- PEP

1. W myśl art. 46 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2018 r. poz. 723, zwana dalej: Ustawą) oświadczam, że po zapoznaniu się z definicją osób zajmujących eksponowane stanowiska politycznych (dalej: PEP):

**TAK**, jestem osobą zajmującą **eksponowane stanowisko polityczne**, ponieważ zajmuję znaczące stanowisko lub pełnię znaczącą funkcję publiczną (proszę podać zajmowane stanowisko lub pełnioną funkcję oraz nazwę organu, w którym jest zajmowane stanowisko lub jest pełniona funkcja publiczna):

.....

**TAK**, jestem członkiem rodziny PEP'a (proszę wskazać imię i nazwisko PEP'a oraz powiązanie z tą osobą, a także proszę podać zajmowane stanowisko lub pełnioną funkcję przez PEP'a oraz nazwę organu, w którym PEP zajmuje stanowisko lub pełni funkcję publiczną):

.....

- TAK**, osobą blisko współpracującą z PEP (proszę wskazać imię i nazwisko PEP'a oraz powiązanie z tą osobą a także proszę podać zajmowane stanowisko lub pełnioną funkcję przez PEP'a oraz nazwę organu, w którym PEP zajmuje stanowisko lub pełni funkcję publiczną):

.....

- NIE** jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (PEP)

- Zobowiązuję się do aktualizacji niniejszego oświadczenia w przypadku zmiany okoliczności w nim wskazanych i w razie konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.
- Przyjmuje do wiadomości, że Ubezpieczyciel na podstawie 34 ust. 5 Ustawy, ma prawo badania i aktualizowania informacji o źródłach pochodzenia wartości majątkowych oraz żądania dodatkowych dokumentów w tym zakresie w celu stosowania środka bezpieczeństwa finansowego z art. 34 ust. 1 pkt 4) Ustawy.
- Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

### POUCZENIE:

- W przypadku, gdy składający oświadczenie oświadczy, że jest osobą na eksponowanym stanowisku politycznym, tzw. PEP'em wymagana jest zgoda kadry kierowniczej wyższego szczebla Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. na zawarcie lub kontynuację umowy ubezpieczenia.
- TU na Życie Europa S.A. na podstawie art. 34 ust. 4 i 5 Ustawy będzie przetwarzać dane osobowe składającego oświadczenie oraz w razie potrzeby sporządzać kopie dokumentów tożsamości w celu stosowania środków bezpieczeństwa finansowego z art. 34 ust. 1 pkt 1)-3).
- TU na Życie Europa S.A. na podstawie 34 ust. 5 Ustawy ma prawo weryfikowania stanu majątku oraz źródeł pochodzenia majątku składającego oświadczenie w celu stosowania środka bezpieczeństwa finansowego z art. 34 ust. 1 pkt 4).
- W celu usprawnienia wykonania obowiązków nałożonych Ustawą prosimy o wyrażenie zgody na kontakt drogą elektroniczną.

**Zaznaczenie tych zgód usprawni i przyspieszy naszą komunikację w procesie wydawania zgody na zawarcie i obsługę umowy ubezpieczenia.**

Wyrażam zgodę na komunikację z TU na Życie Europa S.A. :

<input type="checkbox"/> elektronicznie na podany w niniejszym oświadczeniu adres e-mail	<input type="checkbox"/> drogą SMS na podany w niniejszym oświadczeniu numer telefonu
--	---

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....  
data

.....  
Podpis składającego oświadczenie

### Objaśnienia:

Przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne (PEP) zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt. 11. Ustawy z dnia 1 marca 2018 o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu rozumie się następujące osoby fizyczne:

- zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne**, w tym:
  - szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, 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 trybów 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'affairs 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,
  - dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej;
- b) **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;
- c) **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;

## Oświadczenie o posiadaniu beneficjenta rzeczywistego

Symbol: AML- BR

Na podstawie ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. jest zobowiązane do identyfikacji i weryfikacji tożsamości beneficjentów rzeczywistych poprzez ustalenie ich danych oraz struktury własności i zależności. W celu identyfikacji beneficjenta rzeczywistego, uprawniony zobowiązany jest do wypełnienia formularza jedynie w następujących sytuacjach:

- a) uprawniony jest osobą fizyczną niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną;
- b) uprawniony jest osobą prawną<sup>1</sup>, jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej<sup>2</sup>, osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą<sup>3</sup>;
- c) uprawniony jest kontrolowany przez inną osobę fizyczną bezpośrednio lub pośrednio przez osobę prawną.

### Oświadczam, że obecnie beneficjentami rzeczywistymi są:

w przypadku braku możliwości ustalenia beneficjenta rzeczywistego, prosimy o podanie dane osób zajmujących wyższe stanowisko kierownicze (np. członkowie zarządu)

<sup>1</sup> Spółka Akcyjna, Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością; Spółdzielnia regulowana Prawem Spółdzielczym, Przedsiębiorstwo Państwowe zgodnie z Ustawą o przedsiębiorstwach państwowych, Jednostka samorządu terytorialnego (gmina, powiat, województwo) regulowane stosownymi Ustawami, Kościół i poszczególne jego jednostki organizacyjne zgodnie z ustawami regulującymi status poszczególnych wyznań, Szkoła Wyższa zgodnie z prawem o szkolnictwie wyższym, Fundacja zgodnie z prawem o fundacjach, Państwowa lub samorządowa instytucja kultury zgodnie z Ustawą o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej, Instytut badawczy zgodnie z Ustawą o instytucjach badawczych, Partia polityczna zgodnie z Ustawą o partiach politycznych, Stowarzyszenie rejestrowane przez Prawo o stowarzyszeniach, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej, Związek zawodowy regulowane przez Ustawę o związkach zawodowych, Polski Związek Łowiecki lub koło łowieckie wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwy zarząd okręgowy Polskiego Związku Łowieckiego regulowane przez Prawo Łowieckie.

<sup>2</sup> Spółki osobowe (jawna, partnerska, komandytowa, komandytowo-akcyjna), Stowarzyszenie zwykłe, Wspólnota mieszkaniowa, Oddział osoby prawnej, Organ władzy państwowej z aparatami towarzyszącymi, Partia polityczna nie wpisana do ewidencji.

<sup>3</sup> Jednoosobowa działalność gospodarcza / Spółka Cywilna wpisana do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej, Spółka Cywilna wpisana do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej.

Beneficjent rzeczywisty nr 1 (poniższe dane podaje klient, jeśli je zna lub jeśli występują w dokumentach np. w odpisie z KRS)				
Imię				
Nazwisko				
Obywatelstwo				
PESEL / data urodzenia*				
Państwo urodzenia*				
Rodzaj dokumentu tożsamości oraz seria i numer dokumentu		<input type="checkbox"/> Dowód Osobisty <input type="checkbox"/> Paszport Seria i Nr dokumentu: _____		
Adres zamieszkania / korespondencyjny				
Ulica		Nr domu		Nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość		Kraj
Struktura własności (%)		<input type="checkbox"/> Udziałowiec / akcjonariusz z prawem do głosu co najmniej 25% ogólnej liczby udziałów <input type="checkbox"/> Członek zarządu <input type="checkbox"/> Sprawowanie kontroli <input type="checkbox"/> Właściciel Klienta		

\* pole obowiązkowe w przypadku, gdy uprawniony nie posiadania nr PESEL

Beneficjent rzeczywisty nr 2				
Imię				
Nazwisko				
Obywatelstwo				
PESEL / data urodzenia*				
Państwo urodzenia*				
Rodzaj dokumentu tożsamości oraz seria i numer dokumentu		<input type="checkbox"/> Dowód Osobisty <input type="checkbox"/> Paszport Seria i Nr dokumentu: _____		
Adres zamieszkania / korespondencyjny				
Ulica		Nr domu		Nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość		Kraj
Struktura własności (%)		<input type="checkbox"/> Udziałowiec / akcjonariusz z prawem do głosu co najmniej 25% ogólnej liczby udziałów <input type="checkbox"/> Członek zarządu <input type="checkbox"/> Sprawowanie kontroli <input type="checkbox"/> Właściciel Klienta		

\* pole obowiązkowe w przypadku, gdy uprawniony nie posiadania nr PESEL



Beneficjent rzeczywisty nr 3					
Imię					
Nazwisko					
Obywatelstwo					
PESEL / data urodzenia*					
Państwo urodzenia*					
Rodzaj dokumentu tożsamości oraz seria i numer dokumentu		<input type="checkbox"/> Dowód Osobisty <input type="checkbox"/> Paszport Seria i Nr dokumentu: _____			
Adres zamieszkania / korespondencyjny					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość		Kraj	
Struktura własności (%)		<input type="checkbox"/> Udziałowiec / akcjonariusz z prawem do głosu co najmniej 25% ogólnej liczby udziałów <input type="checkbox"/> Członek zarządu <input type="checkbox"/> Sprawowanie kontroli <input type="checkbox"/> Właściciel Klienta			

\* pole obowiązkowe w przypadku, gdy uprawniony nie posiadania nr PESEL

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....  
data

.....  
Podpis składającego oświadczenie

### Objaśnienia:

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowania terroryzmu za **beneficjenta rzeczywistego** należy rozumieć:

- osobę fizyczną lub osoby fizyczne sprawujące bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad klientem poprzez posiadanie uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez klienta (ubezpieczającego) lub
- osobę fizyczną lub osoby fizyczne, w imieniu których są nawiązywane stosunki gospodarcze lub przeprowadzana jest transakcja okazjonalna.

W skład powyżej definicji **beneficjenta rzeczywistego** w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wchodzi:

- w przypadku klienta (ubezpieczającego) będącego osobą prawną inną niż spółka, której papiery wartościowe są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym podlegającym wymogom ujawniania informacji wynikającym z przepisów prawa Unii Europejskiej lub odpowiadającym im przepisom prawa państwa trzeciego:
  - osobę fizyczną będącą udziałowcem lub akcjonariuszem klienta, której przysługuje prawo własności więcej niż 25% ogólnej liczby udziałów lub akcji tej osoby prawnej,
  - osobę fizyczną dysponującą więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie stanowiącym klienta, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu,
  - osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad osobą prawną lub osobami prawnymi, którym łącznie przysługuje prawo własności więcej niż 25% ogólnej liczby udziałów lub akcji klienta, lub łącznie dysponującą więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie klienta, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu,
  - osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad klientem poprzez posiadanie w stosunku do tej osoby prawnej uprawnień o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395 i 398) lub
  - osobę fizyczną zajmującą wyższe stanowisko kierownicze w przypadku udokumentowanego braku możliwości ustalenia lub wątpliwości co do tożsamości osób fizycznych określonych w podpunkcie a) – d) oraz w przypadku niestwierdzenia podejrzeń prania pieniędzy lub finansowania terroryzmu;

- 2) w przypadku klienta będącego trustem<sup>4</sup>: założyciela, powiernika, nadzorcę – jeżeli został ustanowiony, beneficjenta lub inną osobę sprawującą kontrolę nad trustem;
- 3) w przypadku klienta będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, wobec którego nie stwierdzono przesłanek lub okoliczności mogących wskazywać na fakt sprawowania kontroli nad nim przez inną osobę fizyczną lub osoby fizyczne, przyjmuje się, że taki klient jest jednocześnie beneficjentem rzeczywistym
- 4) w przypadku klienta będącego osobą fizyczną, wobec którego nie stwierdzono przesłanek lub okoliczności mogących wskazywać na fakt sprawowania kontroli nad nim przez inną osobę fizyczną lub osoby fizyczne, przyjmuje się, że taki klient jest jednocześnie beneficjentem rzeczywistym

**Oświadczenie Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.**

W celu wypełnienia obowiązków wynikających z przepisów ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. przetwarza dane osobowe wskazane w niniejszym formularzu oraz innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

**Wypełnia osoba upoważniona:**

Stwierdzam zgodność podanych danych z okazanym dokumentem tożsamości oraz potwierdzam własnoręcznie złożonego podpisu.

<b>Potwierdzenie osoby przyjmującej oświadczenie (jeśli zgłoszenie składane jest za pośrednictwem np. banku)</b>			
Imię		Nazwisko	
Numer RAU osoby wykonującej czynności agencyjne			
Data		Miejscowość	
Dotyczy produktu ubezpieczeniowego			
Pieczęć służbowa/oddziału			

<sup>4</sup> Zgodnie z ustawą z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu rozumie się przez to regulowany przepisami prawa obcego stosunek prawny wynikający ze zdarzenia prawnego, umowy lub porozumienia, w tym zespół takich zdarzeń lub czynności prawnych, na podstawie którego dokonuje się przeniesienia własności lub posiadania wartości majątkowych na powiernika w celu sprawowania zarządu powierniczego oraz udostępniania tych wartości beneficjentom tego stosunku.

Informacja na temat celów i zasad przetwarzania danych osobowych przez TU Europa S.A. / TU na Życie Europa S.A.



## Kto jest administratorem Twoich danych osobowych?

Administratorem podanych przez Ciebie danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu lub Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu (w zależności który administrator przeprowadzi postępowanie likwidacyjne).

Możesz się z nami skontaktować:

- wysyłając e-mail na adres [bok@tueuropa.pl](mailto:bok@tueuropa.pl)
- wypełniając formularz kontaktowy na naszej stronie [tueuropa.pl](http://tueuropa.pl)
- dzwoniąc pod numer 801 500 300 lub 71 369 28 87 (opłata wg stawek operatora)
- pisząc na adres naszej siedziby

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych możesz skontaktować się również bezpośrednio z naszym inspektorem ochrony danych wysyłając e-mail na adres [iod@tueuropa.pl](mailto:iod@tueuropa.pl).



## W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Twoje dane osobowe?

Twoje dane osobowe przetwarzamy:

- na podstawie konieczności przetwarzania do wykonania umowy ubezpieczenia, obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz na podstawie Twojej zgody w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, w tym pozyskania dokumentacji o Twoim stanie zdrowia od podmiotów świadczących usługi medyczne
- na podstawie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w celu wypełnienia przez administratora obowiązków wynikających z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz w celu wypełnienia przez administratora obowiązków wynikających z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS) – dotyczy TU na Życie Europa S.A.
- na podstawie konieczności przetwarzania danych do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora w celu podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym.
- na podstawie Twojej zgody w celach marketingu naszych produktów, w tym dla celów analitycznych i profilowania. Tworzony profil będzie dotyczył Twoich preferencji lub domniemych potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych



## Kto może być odbiorcą Twoich danych osobowych?

Twoje dane osobowe mogą być przekazane podmiotom przetwarzającym je na nasze zlecenie, m.in. reasekuratorom, asystorom, dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym w celu windykacji należności, podmiotom, którym zlecono prowadzenie czynności w postępowaniu likwidacyjnym – przy czym podmioty te będą przetwarzać dane na podstawie zawartej z nami umowy i wyłącznie w zakresie, w jakim zostanie wydane im polecenie.

Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane poza Europejski Obszar Gospodarczy o ile jest to konieczne do rozpatrzenia roszczenia.



## Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane osobowe?

Twoje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych osobowych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

Przestaniemy przetwarzać Twoje dane osobowe w momencie, kiedy zgłosisz sprzeciw wobec przetwarzania Twoich danych osobowych w oparciu o prawnie uzasadniony interes administratora.



## Jakie przysługują Ci prawa w zakresie przetwarzania Twoich danych osobowych?

Zawsze możesz poprosić nas o dostęp do swoich danych osobowych. Możesz również skorzystać z prawa żądania sprostowania swoich danych osobowych, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania:

- w zakresie, w jakim przetwarzamy dane osobowe w oparciu o prawnie uzasadniony interes administratora, przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych
- w zakresie, w jakim przetwarzamy dane osobowe na podstawie Twojej zgody masz prawo jej wycofania w dowolnym momencie; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonaliśmy na podstawie zgody przed jej wycofaniem
- w zakresie, w jakim przetwarzamy dane osobowe w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody – przysługuje Ci także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od nas swoich danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego np. w formacie.csv,xml; możesz przesłać te dane osobowe innemu administratorowi danych osobowych
- przysługuje Ci również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.



W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Biurem Obsługi Klienta lub naszym inspektorem ochrony danych.



## Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe?

Podanie przez Ciebie danych osobowych jest konieczne do wykonania umowy ubezpieczenia i przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego.



Bez podania danych osobowych nie jest możliwe rozpatrzenie Twojego zgłoszenia.