

Formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków dla podmiotów z grupy Poczty Polskiej S.A. (PP2)

PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ

- Należy wypełnić wszystkie części formularza podając prawdziwe i wyczerpujące informacje.
- Do wypełnionego formularza należy dołączyć kompletną dokumentację zgodnie z wykazem dokumentów wskazanym w formularzu w części „Informacje dla Zgłaszającego roszczenie”.
- Pomoc w wypełnieniu formularza można uzyskać kontaktując się z Infolinią Pracowniczą Poczty Polskiej S.A. pod numerem telefonu: **43 888 83 33** lub **800 001 001** (pon.-pt. 8.00-18.00).
- Wydrukowany i podpisany formularz wraz z dokumentami (skany lub kserokopie) należy wysłać na adres e-mail: **roszczenia@pocztowenazycie.pl** lub listem poleconym na adres: Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Graniczna 17, 26-604 Radom.

1. Numer Polisy/Certyfikatu

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ 2. trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | ☐ 3. inwalidztwo Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | ☐ 4. trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku |
| ☐ 5. czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek poturbowania lub pokąsania przez zwierzę, napadu rabunkowego lub porażenia prądem w miejscu wykonywania obowiązków służbowych | ☐ 6. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu | ☐ 7. operacje chirurgiczne Ubezpieczonego |
| | ☐ 8. trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | ☐ 9. pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu |

Dane dotyczące Ubezpieczonego (Uprawnionego)

Oświadczam, że jestem:

☐ 10. Pracownikiem☐ 11. Pełnoletnim dzieckiem Pracownika☐ 12. Małżonkiem Pracownika

13. Imię

14. Nazwisko

15. Nazwisko rodowe

16. PESEL

17. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)

18. Obywatelstwo

19. Państwo urodzenia

20. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)

21. Seria i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania Ubezpieczonego (Uprawnionego)

22. Ulica

23. Nr domu / mieszkania

24. Kod pocztowy

25. Miejscowość

26. Kraj

Adres korespondencyjny oraz dane kontaktowe Ubezpieczonego (Uprawnionego) – wypełnić jak inny niż adres zamieszkania

27. Ulica

28. Nr domu / mieszkania

29. Kod pocztowy

30. Miejscowość

31. Telefon komórkowy

32. Adres e-mail

Dane osoby reprezentującej ⁽¹⁾ Ubezpieczonego (Uprawnionego)

Dane pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego/opiekuna/kuratora reprezentującego Uprawnionego będącego osobą fizyczną. Wypełnia przedstawiciel (np. pełnomocnik) Uprawnionego będącego osobą fizyczną. Do formularza należy obowiązkowo załączyć dokument potwierdzający umocowanie (np. pełnomocnictwo).

33. Imię

34. Nazwisko

35. PESEL

36. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)

37. Obywatelstwo

38. Państwo urodzenia

39. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)

40. Seria i numer dokumentu tożsamości

Opis zdarzenia

41. Data zdarzenia

42. Godzina

43. Miejsce, okoliczności i przebieg zdarzenia

44. Odniesione wskutek zgłaszanego zdarzenia obrażenia ciała

45. W przypadku urazu kończyn górnych prosimy o informację czy ubezpieczony jest:
46. praworęczny
47. leworęczny
48. Czy do opisywanego zdarzenia doszło w wyniku uprawiania sportu (podczas treningu) w ramach klubów, związków sportowych lub organizacji sportowych?
49. TAK
50. NIE
51. Czy części ciała opisywane w punktach 43 i 44 były uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia?
52. TAK
53. NIE

Przebieg leczenia Ubezpieczonego/Dziecka Ubezpieczonego

54. Zakłady lecznicze, w których leczył się Ubezpieczony/Dziecko Ubezpieczonego w związku z wypadkiem

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)

55. Czy leczenie i rehabilitacja zakończyły się?
56. NIE, jestem w trakcie leczenia i rehabilitacji, przewidywana data zakończenia leczenia
57. TAK, data zakończenia leczenia
58. Czy na miejsce zdarzenia była wzywana Policja/Pogotowie Ratunkowe?
59. TAK
60. NIE
61. Czy w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie wyjaśniające przez organy Policji, Prokuratury lub Sądu?
62. TAK
63. NIE

	Nazwa i adres	Data powiadomienia	Sygnatura akt
POLICJA			
PROKURATURA			
SĄD			
POGOTOWIE RATUNKOWE			

64. Czy zdarzenie miało miejsce w pracy?
65. TAK
66. NIE
67. Czy sporządzono protokół BHP, kartę wypadku itp.?
68. TAK
69. NIE
70. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony był trzeźwy i nie był pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub innych tego typu środków?
71. TAK
72. NIE

Informacja dla Zgłaszającego roszczenie

Niniejszy formularz należy wypełnić i przesać po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia (prosimy zaznaczyć przekazane dokumenty):

73. kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (Podstawa prawna – art. 34 ust. 4 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu)
74. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu (karta informacyjna SOR, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego, etc.)
75. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
76. kopia dokumentacji medycznej z leczenia skutków urazu (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacyjnego, historia choroby z gabinetu lekarza specjalisty, opisy wyników badań np.: RTG, USG, TK, MR, etc.)
77. kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu (jeżeli zdarzenie, w wyniku którego doszło do powstania szkody, było przedmiotem postępowania ww. organów)
78. kopia protokołu BHP/karty wypadku (jeżeli wypadek miał miejsce przy pracy lub w drodze do/z pracy)
79. kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
80. kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
81. kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej (w przypadku zgłoszenia trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej)
82. kopia zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do pracy wystawionego na druku ZUS ZLA tj. L4 (w przypadku zgłoszenia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej lub rekonwalescencji poszpitalnej)
83. inne

w przypadku inwalidztwa Dziecka Ubezpieczonego lub trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego dodatkowo:

84. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka
85. kopia zaświadczenia o nauce w szkole lub na uczelni wyższej (jeżeli Dziecko ukończyło 18 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia oraz kontynuuje naukę)

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.

Dyspozycja wypłaty świadczenia

86. Przelew na rachunek bankowy numer:

Dane właściciela rachunku

87. Imię
88. Nazwisko
89. Ulica
90. Nr domu / mieszkania
91. Kod pocztowy
92. Miejscowość

Klauzule informacyjne

1. Administrator danych
Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez **Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.** z siedzibą w Warszawie (02-685), przy ul. Rodziny Hiszpańskich 8 („**Towarzystwo**”).
2. Inspektor Ochrony Danych
e-mail: IODO@pocztowenazycie.pl
3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych
Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
1) wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a także zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,

- 2) wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
- 3) dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- 4) przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- 5) rachunkowych, przez okres 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, w którym operacje, transakcje lub postępowanie związane z zawartą umową zostały ostatecznie zakończone, spłacone, rozliczone lub przedawnione,
- 6) podatkowych, przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy wynikający z rozliczenia zawartej umowy.

4. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów prawa dotyczących rachunkowości oraz przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

5. Ujawnianie danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji i innym zakładom ubezpieczeń oraz przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Towarzystwa, m.in. dostawcom usług IT, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom wykonującym na rzecz Towarzystwa czynności ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Ma Pani/Pan prawo do otrzymania od Towarzystwa Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które zostały przez Panią/Pana dostarczone Towarzystwu w celu wykonywania umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do żądania, by powyższe dane zostały przesłane przez Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzoru zajmującego się ochroną danych osobowych.

7. Organ nadzoru

Organem nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczenia Ubezpieczonego

Wypełnienie poniższych oświadczeń jest konieczne w związku z ustawą z dnia 1 marca 2018r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

1. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne⁽²⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 93. Tak ☐ 94. Nie
2. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne⁽⁴⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 95. Tak ☐ 96. Nie
3. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne⁽⁵⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 97. Tak ☐ 98. Nie

Jest świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia/oświadczeń.

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi na „Tak” wymagane jest wypełnienie danych w zakresie źródeł majątku Ubezpieczonego (Uprawnionego) i źródeł pochodzenia wartości majątkowych.

Źródła majątku Ubezpieczonego (Uprawnionego) i źródła pochodzenia wartości majątkowych.

- ☐ 99. umowa o pracę ☐ 100. działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód ☐ 101. spadek ☐ 102. kredyt ☐ 103. darowizna ☐ 104. wygrana losowa ☐ 105. emerytura lub renta
- ☐ 106. inne (należy wskazać w polu poniżej)

Jednocześnie zobowiązuję się do aktualizacji podanych danych w przyszłości.

Dane beneficjenta rzeczywistego ⁽³⁾

Uwaga: Zazwyczaj Uprawniony będący osobą fizyczną nie posiada beneficjenta rzeczywistego, jeśli jednak go posiada, podaje jego dane poniżej.

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 1

107. Imię	108. Nazwisko	110. PESEL
109. Nazwisko rodowe		
111. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)	112. Obywatelstwo	113. Państwo urodzenia
114. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)	115. Seria i numer dokumentu tożsamości	

Adres zamieszkania beneficjenta rzeczywistego nr 1

116. Ulica	117. Nr domu / nr lokalu	118. Kod pocztowy	119. Miejscowość
120. Kraj			

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 2

121. Imię	122. Nazwisko	124. PESEL
123. Nazwisko rodowe		
125. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)	126. Obywatelstwo	127. Państwo urodzenia
128. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)	129. Seria i numer dokumentu tożsamości	

130. Ulica

131. Nr domu / nr lokalu 132. Kod pocztowy 134. Miejscowość

135. Kraj

1. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 1 jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 136. Tak ☐ 137. Nie

2. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 1 jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 138. Tak ☐ 139. Nie

3. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 1 jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 140. Tak ☐ 141. Nie

4. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 2 jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 142. Tak ☐ 143. Nie

5. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 2 jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 144. Tak ☐ 145. Nie

6. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 2 jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 146. Tak ☐ 147. Nie

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie przez mnie nieprawdziwych informacji w celu osiągnięcia korzyści majątkowych może narazić mnie na odpowiedzialność karną.

2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez Pocztove Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej „PTUnŻ”) dostępnym na stronie internetowej www.pocztowenazycie.pl ☐ 148. Tak ☐ 149. Nie

3. Przystępując do Pocztovego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie zrezygnowałem/am z innego ubezpieczenia grupowego na życie. ☐ 150. Tak ☐ 151. Nie

1. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez PTUnŻ od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, dotyczących mnie informacji oraz dokumentacji medycznej o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, ze stanem mojego zdrowia, z weryfikacją podanych przeze mnie danych, a także informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej, w tym informacji, po mojej śmierci. ☐ 153. Tak ☐ 154. Nie

2. Wyrażam zgodę na zasięganie przez PTUnŻ informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek medycznych, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej, w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia. ☐ 155. Tak ☐ 156. Nie

3. Wyrażam zgodę na udostępnianie innym zakładom ubezpieczeń i uzyskiwanie przez PTUnŻ od innych zakładów ubezpieczeń dotyczących mnie informacji w zakresie potrzebnym do ustalania prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń. ☐ 157. Tak ☐ 158. Nie

4. Wyrażam zgodę na wystąpienie z wnioskiem do Działu Obsługi Wynagrodzeń Poczty Polskiej S.A o udostępnienie informacji o przebiegu mojego wcześniejszego ubezpieczenia grupowego na życie wraz z informacją zawierającą dane o okresie jego obowiązywania oraz dacie opłacenia ostatniej składki ubezpieczeniowej z tego tytułu w celu ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości. ☐ 159. Tak ☐ 160. Nie

5. Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego roszczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail podany w niniejszym zgłoszeniu. Mam świadomość, że w każdej chwili mogę zażądać przesyłania korespondencji w formie pisemnej. ☐ 161. Tak ☐ 162. Nie

6. Wyrażam zgodę na przysyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu informacji o przyznanej świadczeniu. ☐ 163. Tak ☐ 164. Nie

165. Miejscowość

166. Data

167. Podpis Ubezpieczonego

Osoba reprezentująca – osoba upoważniona do działania w imieniu Uprawnionego.

(2) Osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne – oznacza osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) 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,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub rządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, charges d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) 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,
- h) 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.

(3) Beneficjent rzeczywisty – oznacza osobę fizyczną lub osoby fizyczne sprawujące bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad Uprawnionym poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiających wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez Uprawnionego, lub osobę fizyczną lub osoby fizyczne, w imieniu których są nawiązywane stosunki gospodarcze lub przeprowadzana jest transakcja okazjonalna. Przez beneficjenta rzeczywistego typowo rozumie się osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują nad Uprawnionym kontrolę prawną lub faktyczną albo mają na niego wpływ.

(4) Członek rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – oznacza:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostające we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

(5) Osoba znana jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne:

- 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 osoby zajmujące eksponowane stanowisko polityczne.