

Formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu wystąpienia choroby dla podmiotów z grupy Poczty Polskiej S.A. (PP3)

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 zawału serca lub udaru mózgu
- ☐ 3. trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek choroby
- ☐ 4. poważne zachorowanie Ubezpieczonego
- ☐ 5. poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego
- ☐ 6. poważne zachorowanie Małżonka lub Partnera życiowego Ubezpieczonego
- ☐ 7. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu
- ☐ 8. operacje chirurgiczne Ubezpieczonego
- ☐ 9. pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu

Dane dotyczące Ubezpieczonego (Uprawnionego)

Oświadczam, że jestem:

☐ 10. Pracownikiem

☐ 11. Małżonkiem Pracownika

☐ 12. Pełnoletnim dzieckiem 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

Dane dotyczące Dziecka/Małżonka/Partnera życiowego - wypełnić tylko w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poważnego zachorowania Dziecka lub poważnego zachorowania Małżonka/Partnera życiowego

41. Imię

42. Nazwisko

43. Nazwisko rodowe

44. PESEL

45. Data zdarzenia

DD / MM / RRRR

46. Opis dotychczasowego leczenia

--

47. Czy zawał serca/udar mózgu, który wystąpił jest: ☐ 48. pierwszym ☐ 49. kolejnym (zaznaczyć w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zawału serca/udaru mózgu)

Przebieg leczenia Ubezpieczonego/Dziecka/Matżonka/Partnera życiowego

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

Informacje dla Zgłaszającego roszczenie

Dokumentacja niezbędna w celu rozpatrzenia roszczenia (prosimy zaznaczyć przekazane dokumenty):

w przypadku Ubezpieczonego

☐ 50. 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)	☐ 53. kopia dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia lub dokładne adresy placówek medycznych, w których miało miejsce leczenie Ubezpieczonego (nie dotyczy Ubezpieczonych objętych promocją „Nieistotna przeszłość medyczna”, którzy przystępując do Poczтового Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie zrezygnowali z innego ubezpieczenia grupowego na życie)	☐ 54. kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej (w przypadku zgłoszenia trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej)
☐ 51. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego		
☐ 52. kopia dokumentacji medycznej z leczenia (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego, historia choroby z gabinetu lekarza specjalisty, opisy wyników badań RTG, USG, TK, MR, etc.)		☐ 55. kopia zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do pracy wystawionego na druku ZUS ZLA tj. L4 (w przypadku zgłoszenia rekonwalescencji poszpitalnej)

w przypadku zdarzeń dotyczących Małżonka/Partnera życiowego

☐ 56. 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)	☐ 58. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego ☐ 59. kopia dokumentacji medycznej z leczenia (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego, historia choroby z gabinetu lekarzy specjalistów, opisy wyników badań RTG, USG, TK, MR, etc.)
☐ 57. kopia aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego (nie starszy niż 3 miesiące) lub kopia odpisu aktu małżeństwa ze starszą datą wydania wraz z podpisanym oświadczeniem małżonka o pozostawaniu w związku małżeńskim	☐ 60. kopia dokumentacji medycznej przed okresem ubezpieczenia lub dokładne adresy placówek medycznych, w których miało miejsce leczenie małżonka lub partnera życiowego

w przypadku zdarzeń dotyczących Dziecka

☐ 61. 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)	☐ 64. kopia dokumentacji medycznej z leczenia (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego, historia choroby z gabinetu lekarzy specjalistów, opisy wyników badań RTG, USG, TK, MR, etc.)	☐ 66. 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)
☐ 62. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka	☐ 65. kopia dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia lub dokładne adresy placówek medycznych, w których miało miejsce leczenie Dziecka	
☐ 63. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego		

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

67. Przelew na rachunek bankowy numer:

[illegible]

Dane właściciela rachunku

68. Imię															69. Nazwisko																								
70. Ulica																																							
71. Nr domu / mieszkania										72. Kod pocztowy										73. 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

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

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) wypienienia 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.

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.

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.

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 Pani/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.

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

Wypełnienie poniższych oświadczeń jest konieczne w związku z ustawą z dnia 1 marca 2018 r. 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. ☐ 74. Tak ☐ 75. 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. ☐ 76. Tak ☐ 77. 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. ☐ 78. Tak ☐ 79. 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.

- ☐ 80. umowa o pracę ☐ 81. działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód ☐ 82. spadek ☐ 83. kredyt ☐ 84. darowizna ☐ 85. wygrana losowa ☐ 86. emerytura lub renta
- ☐ 87. inne (należy wskazać w polu poniżej)

Jednocześnie zobowiązuję się do aktualizacji podanych danych w przyszłości.

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

88. Imię																89. Nazwisko															
90. Nazwisko rodowe																91. PESEL															
92. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)																93. Obywatelstwo								94. Państwo urodzenia							
95. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)																96. Seria i numer dokumentu tożsamości															

97. Ulica

98. Nr domu / nr lokalu

99. Kod pocztowy

100. Miejscowość

101. Kraj

102. Imię															103. Nazwisko																													
104. Nazwisko rodowe																														105. PESEL														
106. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)															107. Obywatelstwo										108. Państwo urodzenia																			
DD / MM / RRRR																																												
109. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)															110. Seria i numer dokumentu tożsamości																													

111. Ulica

112. Nr domu / nr lokalu 113. Kod pocztowy 114. Miejscowość

115. 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. ☐ 116. Tak ☐ 117. 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. ☐ 118. Tak ☐ 119. 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. ☐ 120. Tak ☐ 121. 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. ☐ 122. Tak ☐ 123. 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. ☐ 124. Tak ☐ 125. 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. ☐ 126. Tak ☐ 127. 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. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez PTUŃ 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.

128. Tak 129. Nie

130. Miejscowość

131. Data

132. Podpis

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 Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej „PTUnŻ”) dostępnym na stronie internetowej www.pocztownenazycie.pl ☐ 133. Tak ☐ 134. Nie

3. Przystępując do Poczтового Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie zrezygnowałem/am z innego ubezpieczenia grupowego na życie. ☐ 135. Tak ☐ 136. Nie

137. Data rezygnacji z wcześniejszego ubezpieczenia / /

Wyrażenie zgód, o których mowa w pkt 1–4 poniżej, jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego i zasadności zgłoszonych roszczeń. Ich niewyrażenie uniemożliwi rozpatrzenie sprawy. Ponadto wszelką dokumentację, która będzie niezbędna na etapie likwidacji roszczenia będzie Pani/Pan zobowiązana/y uzyskać i dostarczyć do Towarzystwa we własnym zakresie co znacząco wydłuży postępowanie likwidacyjne.

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. ☐ 138. Tak ☐ 139. 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. ☐ 140. Tak ☐ 141. 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. ☐ 142. Tak ☐ 143. 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. ☐ 144. Tak ☐ 145. 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. ☐ 146. Tak ☐ 147. Nie

6. Wyrażam zgodę na przysyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu informacji o przyznanej świadczeniu. ☐ 148. Tak ☐ 149. Nie

150. Data zatrudnienia Pracownika

DD / MM / RRRR

151. Miejscowość

152. Data

DD / MM / RRRR

153. Podpis Ubezpieczonego

- ⁽¹⁾ 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 zarządów 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, umożliwiające 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 pozostającej 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 osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.