

Miejscowość, data: .....

## OŚWIADCZENIE

- 1) Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- 2) Oświadczam, że poniżej zamieszczone informacje są prawdziwe. Jestem świadomy/a, że dane te zostaną umieszczone w Rejestrze Agentów Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisję Nadzoru Finansowego, na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Imię lub imiona:.....

Nazwisko:.....

PESEL:.....

Miejsce zamieszkania (kod pocztowy i miejscowość) \_\_ - \_\_\_\_, .....

- 3) Oświadczam, że:  
(uwaga – proszę wybrać jedną z dwóch poniższych odpowiedzi):

nie jestem zarejestrowany w rejestrze Agentów Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisję Nadzoru Finansowego,

zostałam/em zarejestrowany w rejestrze Agentów Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisję Nadzoru Finansowego jako osoba wykonująca czynności agencyjne pod numerem: \_\_\_\_ / P

w roku bieżącym,

w latach poprzedzających rok bieżący.

- 4) Oświadczam, że nie wykonuję działalności brokerskiej, ani czynności brokerskich w zakresie ubezpieczeń, nie posiadam akcji lub udziałów brokera ubezpieczeniowego niebędących akcjami dopuszczonymi do obrotu na rynku regulowanym oraz nie pozostaję w innych relacjach, które mogłyby zagrażać wykonywaniu działalności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń z zachowaniem obowiązku postępowania uczciwie, rzetelnie i profesjonalnie, zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów.

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo poniżej podanych danych w celu: udziału w szkoleniach (organizowanych przy użyciu systemu teleinformatycznego i stanowiskowych):

Adres placówki, w której będą wykonywane czynności agencyjne:

miejscowość:.....

kod pocztowy: \_\_ - \_\_

ulica, nr domu, nr lokalu: .....

Adres poczty elektronicznej: .....

Telefon: .....

.....

*Podpis osoby ubiegającej się  
o wykonywanie czynności agencyjnych*

