

# ЗАЯВЛЕНИЕ

за сключване на рискова застраховка „Моят Живот“

Въпросник за определяне на потребностите по чл. 325а, ал. 1 от Кодекса за застраховането	
1. Имате ли рискова застраховка „Живот“?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2. Желаете ли да се възползвате от различните комбинации от рискове и покрития по рискова застраховка „Моят живот“ за себе си или друго лице?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не

Рискова застраховка „Моят Живот“ може да се сключи срещу събития, свързани с живота, здравето и телесната цялост на Застраховано лице, което:

- съвпада със Застраховачия (Застраховачият следва да попълни лично Секция А, В и Г от това Заявление);
- не съвпада със Застраховачия (Застраховачият следва да попълни лично Секция А и Г от това Заявление, а Застрахованото лице следва да попълни лично Секция Б и В от това Заявление).

## Секция А

### I. Данни за Застраховачия

Физическо лице (ФЛ)		
Имена:		
<input type="checkbox"/> Мъж	<input type="checkbox"/> Жена	ЕГН/ЛНЧ:
Лична карта №:		Семейно положение:
изд. на:		от МВР:
Дата на раждане:	Място на раждане:	
Гражданство*:		
Държава на постоянно пребиваване:		
Данъчно задължено лице в (държава/и)*:		
Идентификационен номер/а за дан. цели*:		
Професия, занятие, длъжност:		
Месторабота:		
Постоянен адрес:		
Адрес за кореспонденция:		
тел. номер:	мобилен тел. номер:	имейл адрес:
Юридическо лице (ЮЛ)		
Фирма/наименование:		
ЕИК/БУЛСТАТ:		

Седалище и адрес на управление:		
Имена на законен представител:		
ЕГН/ЛНЧ на законен представител:		
Лична карта №:	изд. на:	от МВР:
Дата на раждане:	Място на раждане:	
Гражданство*:		
Държава на постоянно пребиваване:		
Постоянен адрес:		

**Забележка:** \*Ако имате повече от едно гражданство, и/или сте данъчно задължено лице в повече от една държава и/или имате повече от един идентификационен номер за данъчни цели, молим да посочите всички.

## II. Ползвачи се лица

Моля, имайте предвид, че при сключване на Застраховката, както и по всяко време на нейното действие Вие може да определите едно или няколко Ползвачи се лица. Ползвачите се лица могат да бъдат физически или юридически лица.

В качеството си на Застраховач по риска Смърт на Застрахованото лице в резултат на Заболяване/ Злополука/ПТП посочвам следното/ите:

поименно определено/и Ползвачо/и се лице/а:

Имена/Фирма/Наименование	ЕГН/ЛНЧ/ЕИК /БУЛСТАТ	% от застрахователната сума	Лицето е определено като:
			<input type="checkbox"/> отменимо посочено <input type="checkbox"/> неотменимо посочено
			<input type="checkbox"/> отменимо посочено <input type="checkbox"/> неотменимо посочено
			<input type="checkbox"/> отменимо посочено <input type="checkbox"/> неотменимо посочено
			<input type="checkbox"/> отменимо посочено <input type="checkbox"/> неотменимо посочено

определяемо/и лице/а:

Информация за лицето	% от застрахователната сума	Лицето е определено като:
		<input type="checkbox"/> отменимо посочено <input type="checkbox"/> неотменимо посочено
		<input type="checkbox"/> отменимо посочено <input type="checkbox"/> неотменимо посочено

		<input type="checkbox"/> отменимо посочено <input type="checkbox"/> неотменимо посочено
		<input type="checkbox"/> отменимо посочено <input type="checkbox"/> неотменимо посочено

**Забележка:** Когато Застраховката е сключена в полза на децата на Застрахованото лице, без да са посочени поименно, Ползвачи се лица са и децата, родени след сключването на Застраховката, освен ако в нея е уговорено друго. Когато Застраховката е сключена в полза на непосочен поименно съпруг или съпруга на Застрахователя, правото принадлежи на лицето, което се намира в брак със Застрахователя, към деня на настъпването на застрахователното събитие, освен ако в Застраховката е уговорено друго.

**Забележка:** Ползвачото се лице може да бъде определено като отменимо посочено, като в този случай Вие може да го промените по всяко време на Застраховката, или като неотменимо посочено, като в този случай то не може да бъде променяно по време на нейния срок.

### III. Договореност при Критични състояния

В качеството си на Застраховач с изричното съгласие на Застрахованото лице определям лице, което да получи от негово име Застрахователната сума по риска Критични състояния, ако неговото психическо и физическо състояние не му позволява да се разпорежда активно с финансови средства, а именно:

Имена	ЕГН/ЛНЧ

### IV. Декларация по Закона за мерките срещу изпирането на пари (ЗМИП)

#### 1. от Застраховач – ФЛ:

<b>Подписаният/ата Застраховач декларирам, че:</b>
<input type="checkbox"/> Не съм „видна политическа личност“ <sup>1</sup> по см. на чл. 36, ал. 2 от ЗМИП и през последната 1 година не съм бил/била такъв/такава.
<input type="checkbox"/> Не съм „свързано лице“ <sup>2</sup> по см. на чл. 36, ал. 5 от ЗМИП с „видна политическа личност“ и през последната 1 година не съм бил/била такъв/такава.
<input type="checkbox"/> Аз съм „видна политическа личност“ по см. на чл. 36, ал. 2 от ЗМИП или съм бил/била такъв/такава през последната 1 година на следната длъжност: ..... като датата на заемане и/или освобождаване на длъжността е: .....
<input type="checkbox"/> Аз съм „свързано лице“ по см. на чл. 36, ал. 5 от ЗМИП с „видна политическа личност“ или съм бил/била такъв/такава през последната 1 година. Имената и длъжността на „видната политическа личност“ са: ..... ..... като датата на заемане и/или освобождаване на длъжността е: .....
<b>Известна ми е наказателната отговорност по чл. 313 от НК за деклариране на неверни обстоятелства. Задължавам се при промяна на посочените по-горе обстоятелства, в т.ч. на събраните идентификационни данни, незабавно да уведомя Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот.</b>

#### 2. от законен представител на Застраховач – ЮЛ:

<b>Подписаният/ата като законен представител на Застраховач - ЮЛ декларирам, че:</b>
<input type="checkbox"/> Не съм „видна политическа личност“ <sup>1</sup> по см. на чл. 36, ал. 2 от ЗМИП, през последната 1 година не съм бил/била такъв/такава, „действителният собственик“ <sup>3</sup> на представляваното от мен ЮЛ не е „видна политическа личност“ и през последната 1 година не е бил/била такъв/такава.

<input type="checkbox"/> Не съм „свързано лице“ <sup>2</sup> по см. на чл. 36, ал. 5 от ЗМИП с „видна политическа личност“, през последната 1 година не съм бил/била такъв/такава, „действителният собственик“ на представляваното от мен ЮЛ не е „свързано лице“ <sup>2</sup> и през последната 1 година не е бил/била такъв/такава.
<input type="checkbox"/> Аз съм / „действителният собственик“ на представляваното от мен ЮЛ е „видна политическа личност“ по см. на чл. 36, ал. 2 от ЗМИП или съм бил/била / „действителният собственик“ на представляваното от мен ЮЛ е бил/била такъв/такава през последната 1 година, на следната длъжност: ..... като датата на заемане и/или освобождаване на длъжността е: .....
<input type="checkbox"/> Аз съм / „действителният собственик“ на представляваното от мен ЮЛ е „свързано лице“ по см. на чл. 36, ал. 5 от ЗМИП с „видна политическа личност“ или съм бил/била / „действителният собственик“ на представляваното от мен ЮЛ е бил/била такъв/такава през последната 1 година. Имената и длъжността на „видната политическа личност“ са: ..... като датата на заемане и/или освобождаване на длъжността е: .....
<b>Известна ми е наказателната отговорност по чл. 313 от НК за деклариране на неверни обстоятелства. Задължавам се при промяна на посочените по-горе обстоятелства, в т.ч. на събраните идентификационни данни, незабавно да уведомя Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот.</b>

## Секция Б

### I. Данни за Застрахованото лице

<b>Физическо лице (ФЛ)</b>		
Имена:		
<input type="checkbox"/> Мъж	<input type="checkbox"/> Жена	ЕГН/ЛНЧ:
Семейно положение:	Лична карта №:	изд. на:
от МВР:	Дата на раждане:	Място на раждане:
Гражданство*:		
Държава на постоянно пребиваване:		
Данъчно задължено лице в (държава/и)*:		
Идентификационен номер/а за дан. цели*:		
Професия, занятие, длъжност:		
Месторабота:		
Постоянен адрес:		
Адрес за кореспонденция:		
тел. номер:	мобилен тел. номер:	имейл адрес:

**Забележка:** \*Ако имате повече от едно гражданство, и/или сте данъчно задължено лице в повече от една държава и/или имате повече от един идентификационен номер за данъчни цели, молим да посочите всички.

### II. Съгласия на Застрахованото лице

<b>Подписаният/ата:</b>
1. На основание на чл. 443, ал. 1 от Кодекса за застраховането заявявам, че съм съгласен Застраховачият да сключи Рискова Застраховка „Моят Живот“ при условията на избрания от него/нея Застрахователен пакет, като определи мен за Застраховано лице.

2. Съгласен съм с определеното от Застрахователя лице, което да получи Застрахователната сума по риска Критични състояния, ако моето психическо и физическо състояние не позволява да се разпореждам активно с финансови средства.

### III. Декларация по Закона за мерките срещу изпирането на пари от Застрахованото лице

<b>Подписаният/ата Застраховано лице декларирам, че:</b>
<input type="checkbox"/> Не съм „видна политическа личност“ <sup>1</sup> по см. на чл. 36, ал. 2 от ЗМИП и през последната 1 година не съм бил/била такъв/такава.
<input type="checkbox"/> Не съм „свързано лице“ <sup>2</sup> по см. на чл. 36, ал. 5 от ЗМИП с „видна политическа личност“ и през последната 1 година не съм бил/била такъв/такава.
<input type="checkbox"/> Аз съм „видна политическа личност“ по см. на чл. 36, ал. 2 от ЗМИП или съм бил/била такъв/такава през последната 1 година на следната длъжност: ..... като датата на заемане и/или освобождаване на длъжността е: .....
<input type="checkbox"/> Аз съм „свързано лице“ по см. на чл. 36, ал. 5 от ЗМИП с „видна политическа личност“ или съм бил/била такъв/такава през последната 1 година. Имената и длъжността на „видната политическа личност“ са: ..... като датата на заемане и/или освобождаване на длъжността е: .....
<b>Известна ми е наказателната отговорност по чл. 313 от НК за деклариране на неверни обстоятелства. Задължавам се при промяна на посочените по-горе обстоятелства, в т.ч. на събраните идентификационни данни, незабавно да уведомя Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот.</b>

<b>В качеството на Застраховано лице, с подписването на това Заявление декларирам, че съм:</b>	
- отговорил/а пълно, изчерпателно и вярно на поставените в Заявлението въпроси и съм съгласен/а тази информация да служи за Оценка на риска по Застраховката;	
- предоставил/а необходимите съгласия съгласно изискванията на Застраховката;	
- декларираните от мен данни са верни и ми е известно, че при невярно посочени данни и обстоятелства по това Заявление, Застрахователят може да прекрати Застраховката или Застрахователното покритие, да измени Застраховката, да намали застрахователните плащания по Застраховката или да откаже плащане, съгласно Общите условия на Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот за рисковата застраховка „Моят Живот“;	
- получил/а копие от това Заявление;	
- получил/а екземпляр от Съобщение за защита на личните данни на Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот, в което ми бяха разяснени целите и начините за обработване на личните ми данни, правата ми във връзка с тях, както и къде мога да намеря повече информация.	
<b>Дата:</b>	<b>Подпис на Застрахованото лице:</b>

### Секция В

#### Лична здравна декларация на Кандидата за застраховане

Моля, имайте предвид, че Кандидатът за застраховане е лицето, което желае и дава съгласие да бъде Застраховано лице, което може да съвпада със Застрахователя.

<b>Подписаният/ата декларирам, че:</b>	
<b>Моля, отбележете верния отговор в Част I. Ако на някой от въпросите в Част I сте отговорите с "Да", преминете към Част II.</b>	
<b>Част I</b>	
Ръст: ..... см.	Тегло: ..... кг.
<b>Въпроси:</b>	<b>Отговори:</b>

1. През последните 10 години имали ли сте някакви здравословни проблеми, като заболяване на сърцето, мозъчен инсулт, злокачествен тумор, диабет, психично заболяване, хепатит, ХИВ инфекция, СПИН или други?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2. През последната 1 година приемали ли сте медикаменти за лечение на заболяване в продължение на три или повече последователни седмици?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
3. През последните 5 години имате ли претърпени злополуки или заболявания, които са довели до повече от две седмици временна неработоспособност?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
4. Установена ли Ви е някаква степен на трайно намалена работоспособност в резултат на злополука или заболяване? (напр. ампутации, парези, контрактури и др.) Ако отговорът е „Да“, моля, посочете подробности.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
5. През последната 1 година провеждано ли Ви е болнично лечение, правени ли са Ви медицински изследвания, очаквате ли да получите резултати от изследвания, в това число и от контролни такива, през следващите 6 месеца?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
6. Изложен ли сте на някакви опасности на работното място и/или във връзка с Вашата професионална дейност - работа с химически вещества, експлозиви, височинна работа, работа под земята или под вода, работа на платформа за добив на нефт или газ, с оръжия, военна служба и други?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
7. Планирате ли през следващите 5 години пътуване и/или престой в чужбина, с изключение на Европа, САЩ и Канада или по време на отпуск до 4 седмици? Ако отговорът е „Да“, моля посочете къде, колко често, с каква цел и продължителност на престоя.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
<b>Ако на някои от въпросите в Част I сте отговорили с „Да“, моля отбележете верния отговор в Част II. Ако на някои от въпросите в Част II сте отговорили с „Да“, представете медицинска документация.</b>	
<b>Част II</b>	
<b>Данни за Вашия личен лекар:</b>	
Имена: .....	
Адрес: ..... Тел. номер: .....	
<b>Въпроси</b>	<b>Отговори:</b>
1. Имате ли промяна в теглото през последните 12 месеца с повече от 5 кг? Ако отговорът е „Да“, моля, посочете предишно тегло и причината за промяната.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2. Имате ли в момента или имали ли сте в миналото някакви заболявания, страдания и оплаквания:	
2.1. сърдечно-съдови заболявания?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.2. стомашно-чревни заболявания?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.3. психически заболявания?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.4. кожни болести?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.5. заболявания на опорно-двигателния апарат – костни, ставни, ревматизъм?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.6. белодробни заболявания /в това число бронхиална астма/?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.7. чернодробни заболявания?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.8. очни заболявания?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.9. обменни заболявания - диабет, подагра и др.?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.10. заболявания на кръвта и далака - анемии и др.?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.11. пикочно - полови заболявания?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.12. мозъчни и неврологични заболявания?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.13. ушни заболявания?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.14. ендокринни заболявания?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
2.15. други заболявания?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
3. Изследван ли сте за СПИН или хепатит В, С? Ако отговорът е „Да“, моля, посочете дата на изследването и резултат.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
4. Приемали ли сте някога или приемате ли в момента наркотични или други упойващи вещества? Ако отговорът е „Да“, моля, посочете какви.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не

5. Приемате ли в момента някакви лекарствени средства във връзка със заболяване, декларирано в т.2. на Част II от тази декларация? Ако отговорът е „Да“, моля, посочете какви.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
6. Употребявате ли в момента или употребявали ли сте през последните 12 месеца тютюневи изделия? Ако отговорът е „Да“, моля, посочете вида и средната дневна консумация.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
7. През последните 5 години провеждани ли са Ви медицински прегледи и изследвания, амбулаторно, болнично или др. лечение?	<input type="checkbox"/> да, за профилактика; <input type="checkbox"/> да, за лечение на заболяване по т.2; <input type="checkbox"/> не.
8. Имате ли роднини (баща, майка, брат или сестра), страдали преди 60-годишна възраст от някое от следните заболявания: диабет, сърдечно-съдово заболяване (вкл. инфаркт, инсулт), злокачествено новообразувания на млечната жлеза, яйчника, червата, бъбречна поликистоза, фамилна полипоза на дебелото черво, Болест на Хънтингтън, Болест на Паркинсон, Болест на Алцхаймер, Множествена склероза или други наследствени заболявания, които не са посочени по-горе? Ако отговорът е „Да“, моля, уточнете типа на заболяването.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
9. Ако сте били диагностицирани с COVID-19 посочете дали е настъпило пълно възстановяване и дали сте се върнали към обичайната си работа/занятие/дейност?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> не е приложим
<b>Ако на някои въпроси от Част II сте отговорили „Да“, моля, посочете подробности по-долу:</b> ..... ..... ..... .....	
<p><b>В качеството на Кандидат за застраховане попълних лично тази Лична здравна декларация и заявявам, че съм:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отговорил/а пълно, изчерпателно и вярно на поставените по-горе въпроси и съм съгласен/а тази информация да служи за Оценка на риска по Застраховката;</li> <li>- декларираните от мен данни са верни и ми е известно, че при невярно посочени данни относно възраст, пол, здравословно състояние, тегло и ръст, пътувания и престой в чужбина, както и упражнявана от мен професия (вкл. месторабота), Застрахователят може да прекрати Застраховката или Застрахователното ми покритие, да измени Застраховката, да намали застрахователните плащания по Застраховката или да откаже плащане, съгласно Общите условия на Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот за рискова застраховка „Моят Живот“;</li> <li>- съгласен/а при настъпване на застрахователно събитие Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот да изисква и получава цялата медицинска документация във връзка с моето здравословно състояние от всички лица, съхраняващи такава информация, вкл. съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето;</li> <li>- получил/а екземпляр от Съобщение за защита на личните данни на Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот, в което ми бяха разяснени целите и начините за обработване на личните ми данни, правата ми във връзка с тях, както и къде мога да намеря повече информация.</li> </ul>	
Дата:	Подпис на Кандидата за застраховане:

## Секция Г

### Данни за застрахователния продукт

Моля, изберете желанието от Вас Застрахователен пакет по Основно покритие, като имате предвид, че през срока на Застраховката не може да го промените. Към избора от Вас Застрахователен пакет по Основното покритие може да изберете всички или част от рисковете и покритията, включени в Допълнителното покритие към този същия Застрахователен пакет.

<b>ОСНОВНО ПОКРИТИЕ</b>	<b>Застрахователен пакет, вкл. следните рискове, покрития и услуги при застрахователни суми в лева:</b>					
	<input type="checkbox"/> <b>БРОНЗОВ ПАКЕТ</b>		<input type="checkbox"/> <b>СРЕБЪРЕН ПАКЕТ</b>		<input type="checkbox"/> <b>ЗЛАТЕН ПАКЕТ</b>	
	Смърт в резултат на Заболяване	10 000	Смърт в резултат на Заболяване	20 000	Смърт в резултат на Заболяване	30 000
	Смърт в резултат на Злополука	20 000	Смърт в резултат на Злополука	40 000	Смърт в резултат на Злополука	60 000
	Смърт в резултат на ПТП	30 000	Смърт в резултат на ПТП	60 000	Смърт в резултат на ПТП	90 000
	X	X	Второ медицинско мнение	✓	Второ медицинско мнение	✓
	X	X	ТНР* в резултат на Злополука	20 000	ТНР* в резултат на Злополука	30 000
X	X	ВН** в резултат на Злополука	10 000	ВН** в резултат на Злополука	10 000	
<b>ДОПЪЛНИТЕЛНО ПОКРИТИЕ</b>	<b>Допълнителни рискове и покрития при застрахователни суми в лева:</b>					
	<input type="checkbox"/> Допълнителна застрахователна сума по риска Смърт в резултат на Заболяване	10 000	<input type="checkbox"/> Допълнителна застрахователна сума по риска Смърт в резултат на Заболяване	20 000	<input type="checkbox"/> Допълнителна застрахователна сума по риска Смърт в резултат на Заболяване	30 000
	X		<input type="checkbox"/> ТНР* над 70% от Заболяване и ВН** от Заболяване	20 000 10 000	<input type="checkbox"/> ТНР* над 70% от Заболяване и ВН** от Заболяване	30 000 10 000
	<input type="checkbox"/> Критични състояния	10 000	<input type="checkbox"/> Критични състояния	20 000	<input type="checkbox"/> Критични състояния	30 000
	<input type="checkbox"/> Фрактури и Изгаряния от Злополука	5 000 5 000	<input type="checkbox"/> Фрактури и Изгаряния от Злополука	10 000 10 000	<input type="checkbox"/> Фрактури и Изгаряния от Злополука	10 000 10 000

**Забележка:** \*Трайно намалена работоспособност. \*\* Временна неработоспособност.

<b>В качеството на Застраховач, с подписването на това Заявление декларирам, че съм:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- отговорил/а пълно, изчерпателно и вярно на поставените в Заявлението въпроси;</li> <li>- декларираните от мен данни са верни и ми е известно, че при невярно посочени данни и обстоятелства по това Заявление, Застрахователят може да прекрати Застраховката или Застрахователното покритие, да измени Застраховката, да намали застрахователните плащания по Застраховката или да откаже плащане, съгласно Общите условия на Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот за рисковата застраховка „Моят Живот“;</li> <li>- получил/а копие от това Заявление;</li> <li>- получил/а екземпляр от Съобщение за защита на личните данни на Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот, в което ми бяха разяснени целите и начините за обработване на личните ми данни, правата ми във връзка с тях, както и къде мога да намеря повече информация.</li> </ul>	
<b>Дата:</b>	<b>Подпис на Застраховачия:</b>

<b>ПОПЪЛВА СЕ СЛУЖЕБНО:</b>	
Представителство:.....	Код №:..... Заявление № LP .....
(населено място)	
Агент: .....	Код №: ..... Дата на получаване: .....
(име и фамилия)	
Проверил: .....	Подпис ..... Полица № .....
(име и фамилия)	

<sup>1</sup> Съгласно чл. 36, ЗМИП

(2) Видни политически личности по смисъла на ал. 1 са физически лица, които изпълняват или на които са били поверени следните важни обществени функции:

1. държавни глави, ръководители на правителства, министри и заместник-министри или помощник-министри;

2. членове на парламенти или на други законодателни органи;
3. членове на конституционни съдилища, на върховни съдилища или на други висши органи на съдебната власт, чиито решения не подлежат на последващо обжалване освен при изключителни обстоятелства;
4. членове на сметна палата;
5. членове на управителни органи на централни банки;
6. посланици и управляващи дипломатически мисии;
7. висши офицери от въоръжените сили;
8. членове на административни, управителни или надзорни органи на държавни предприятия и търговски дружества с едноличен собственик – държавата;
9. кметове и заместник-кметове на общини, кметове и заместник-кметове на райони и председатели на общински съвети;
10. членове на управителните органи на политически партии;
11. ръководители и заместник-ръководители на международни организации, членове на управителни или надзорни органи в международни организации или лица, изпълняващи еквивалентна функция в такива организации.

(3) Категориите, определени в ал. 2, т. 1 – 7, включват съответно и доколкото е приложимо длъжности в институциите и органите на Европейския съюз и в международни организации.

(4) Категориите, определени в ал. 2, т. 1 – 8, не включват длъжностни лица на средно или по-ниско ниво.

<sup>2</sup> (5) За целите на ал. 1 за "свързани лица" се смятат:

1. съпрузите или лицата, които живеят във фактическо съжителство на съпругески начала;
2. низходящите от първа степен и техните съпрузи или лицата, с които низходящите от първа степен живеят във фактическо съжителство на съпругески начала;
3. възходящите от първа степен и техните съпрузи или лицата, с които възходящите от първа степен живеят във фактическо съжителство на съпругески начала;
4. роднините по съребрена линия от втора степен и техните съпрузи или лицата, с които роднините по съребрена линия от втора степен живеят във фактическо съжителство на съпругески начала;
5. всяко физическо лице, за което се знае, че е действителен собственик съвместно с лице по ал. 2 на юридическо лице или друго правно образувание или се намира в други близки търговски, професионални или други делови взаимоотношения с лице по ал. 2;
6. всяко физическо лице, което е едноличен собственик или действителен собственик на юридическо лице или друго правно образувание, за което се знае, че е било създадено в полза на лице по ал. 2.

Съгласно чл. 36, ал. 3 от ЗМИП категориите включват съответно и доколкото е приложимо, длъжности в институциите и органите на Европейския съюз и в международни организации

<sup>3</sup> Съгласно § 2. От Допълнителните разпоредби на ЗМИП (1) "Действителен собственик" е физическо лице или физически лица, което/които в крайна сметка притежават или контролират юридическо лице или друго правно образувание, и/или физическо лице или физически лица, от чието име и/или за чиято сметка се осъществява дадена операция, сделка или дейност, и които отговарят най-малко на някое от следните условия:

1. По отношение на корпоративните юридически лица и други правни образувания действителен собственик е лицето, което пряко или косвено притежава достатъчен процент от акциите, дяловете или правата на глас в това юридическо лице или друго правно образувание, включително посредством държане на акции на притежател, или посредством контрол чрез други средства, с изключение на случаите на дружество, чиито акции се търгуват на регулиран пазар, което се подчинява на изискванията за оповестяване в съответствие с правото на Европейския съюз или на еквивалентни международни стандарти, осигуряващи адекватна степен на прозрачност по отношение на собствеността.

Индикация за пряко притежаване е налице, когато физическо лице/лица притежава акционерно или дялово участие най-малко 25 на сто от юридическо лице или друго правно образувание.

Индикация за косвено притежаване е налице, когато най-малко 25 на сто от акционерното или дяловото участие в юридическо лице или друго правно образувание принадлежи на юридическо лице или друго правно образувание, което е под контрола на едно и също физическо лице или физически лица, или на множество юридически лица и/или правни образувания, които в крайна сметка са под контрола на едно и също физическо лице/лица.

2. По отношение на доверителната собственост, включително тръстове, попечителски фондове и други подобни чуждестранни правни образувания, учредени и съществуващи съобразно правото на юрисдикциите, допускащи такива форми на доверителна собственост, действителният собственик е:

- a) учредителят;
- b) доверителният собственик;
- v) пазителят, ако има такъв;
- г) бенефициерът или класът бенефициери, или
- д) лицето, в чийто главен интерес е създадена или се управлява доверителната собственост, когато физическото лице, което се облагодетелства от нея, предстои да бъде определено;
- е) всяко друго физическо лице, което в крайна сметка упражнява контрол над доверителната собственост посредством пряко или косвено притежаване или чрез други средства.

3. По отношение на фондации и правни форми, подобни на доверителна собственост – физическото лице или лица, които заемат длъжности, еквивалентни или сходни с посочените в т. 2.

(2) Не е действителен собственик физическото лице или физическите лица, които са номинални директори, секретари, акционери или собственици на капитала на юридическо лице или друго правно образувание, ако е установен друг действителен собственик.