



Застрахователно Акционерно Дружество
Алианц България Живот

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 Застраховащия (Застраховащият следва да попълни лично Секция А, В и Г от това Заявление);
 не съвпада със Застраховащия (Застраховащият 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 Застраховащия

Физическо лице (ФЛ)			
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:	
Юридическо лице (ЮЛ):			
Фирма/наименование:			
ЕИК/БУЛСТАТ:			



1407 София, ул. „Сребърна“ 16



070013014



www.allianz.bg



life@allianz.bg

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. Ползвщи се лица

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

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

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

Имена/Фирма/Наименование	ЕГН/ЛНЧ/ЕИК/ БУЛСТАТ	% от застрахова- телната сума	Лицето е определен 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 застрахова- телната сума	Лицето е определен 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 Застраховация, правото принадлежи на лицето, което се намира в брак със Застраховация, към деня на настъпването на застрахователното събитие, освен ако в Застраховката е уговорено друго.

Забележка: Ползвашото се лице може да бъде определено като отменимо посочено, като в този случай Вие можете 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 Застраховаш 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 Застраховаш – ФЛ:

Подписаният/ата Застраховаш декларирам, че:
<input type="checkbox"/> Не съм „видна политическа личност” ¹ 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” ² 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:
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 събрани идентификационни данни, незабавно да уведомя Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот.

2. от законен представител на Застраховаш – ЮЛ:

Подписаният/ата като законен представител на Застраховаш - ЮЛ декларирам, че:
<input type="checkbox"/> Не съм „видна политическа личност” ¹ по см. на чл. 36, ал. 2 от ЗМИП, през последната 1 година не съм бил/била такъв/такава, „действителният собственик” ³ 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” ² 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” ² 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: како 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: како датата на заемане и/или освобождаване на длъжността е:
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 събрани идентификационни данни, незабавно да уведомя Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот.

Секция Б

I. Данни за Застрахованото лице

Физическо лице (ФЛ)			
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

Подписаният/ата:	
1. На основание на чл. 443, ал. 1 от Кодекса за застраховането заявявам, че съм съгласен Застраховашият 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 Застраховация 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

Подписаният/ата Застраховано лице декларирам, че:

- Не съм „видна политическа личност”¹ по см. на чл. 36, ал. 2 от ЗМИП и през последната 1 година не съм бил/била такъв/такава.
- Не съм „свързано лице”² по см. на чл. 36, ал. 5 от ЗМИП с „видна политическа личност” и през последната 1 година не съм бил/била такъв/такава.
- 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:
- 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:

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.

В качеството на Застраховано лице, с подписането на това Заявление декларирам, че съм:

- 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 рискова 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.

Дата: Подпис на Застрахованото лице:

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 Застраховация.

Подписаният/ата декларирам, че:

Моля, отбележете верния отговор в Част I. Ако на някой от въпросите в Част I сте отговорите с „Да”, преминете към Част II.

Част I

Ръст: см. Тегло: кг.

Въпроси:

Отговори:

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

Ако на някой от въпросите в Част I сте отговорите с "Да", моля отбележете верния отговор в Част II. Ако на някои от въпросите в Част II сте отговорили с "Да", представете медицинска документация.

Част II

Данни за Вашия личен лекар:

Имена: Тел. номер:

Адрес:

Въпроси	Отговори:
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. stomashno-chrevni 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 B, C? 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 (бща, 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

Ако на някои въпроси от Част II сте отговорили „Да“, моля, посочете подробности по-долу:

.....
.....
.....
.....

В качеството на Кандидат за застраховане попълнил лично тази Лична здравна декларация и заявявам, че съм:

- 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;
- 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“;
- 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;
- 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.

Дата:

Подпись на Кандидата за застраховане:

Секция Г

Данни за застрахователния продукт

Моля, изберете желания от Вас Застрахователен пакет по Основно покритие, като имате предвид, че през срока на Застраховката не може да го променяте. Към избрания 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.

ОСНОВНО ПОКРИТИЕ	Застрахователен пакет, вкл. следните рискове, покрития и услуги при застрахователни суми в лева:					
	<input type="checkbox"/> БРОНЗОВ ПАКЕТ		<input type="checkbox"/> СРЕБЪРЕН ПАКЕТ		<input type="checkbox"/> ЗЛАТЕН ПАКЕТ	
	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	THP* в резултат на Злополука	20 000	THP* в резултат на Злополука	30 000
ДОПЪЛНИТЕЛНО ПОКРИТИЕ	X	X	BH** в резултат на Злополука	10 000	BH** в резултат на Злополука	10 000
	Допълнителни рискове и покрития при застрахователни суми в лева:					
	<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"/> THP* над 70% от Заболяване и BH** от Заболяване	20 000	<input type="checkbox"/> THP* над 70% от Заболяване и BH** от Заболяване	30 000
				10 000		10 000
ДОПЪЛНИТЕЛНО ПОКРИТИЕ	<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	<input type="checkbox"/> Фрактури и Изгаряния от Злополука	10 000	<input type="checkbox"/> Фрактури и Изгаряния от Злополука	10 000
		5 000		10 000		10 000

Забележка: *Трайно намалена работоспособност, **Временна неработоспособност

В качеството на Застрахован, с подписването на това Заявление декларирам, че съм:

- отговорил/а пълно, изчерпателно и вярно на поставените в Заявлението въпроси;
 - деклариранието 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 рискова 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;
 - получил/а съм преддоговорната информация по чл. 324 - 327 от Кодекса за застраховането;
 - ми беше предоставена възможност да получа преддоговорната информация по чл. 324 - 327 от Кодекса за застраховането и Общите условия на Застрахователно Акционерно Дружество Алианц България Живот за рискова застраховка „Моят Живот“ на хартиен носител и желая да получа своите екземпляри:
 - на хартиен носител
 - на имейл адрес
 - по двата посочени начина;
 - всяко ползване на имейл адреса по повод на рискова застраховка „Моят Живот“ се счита за извършено от мен и ме обвързва, независимо дали съм разрешил и/или одобрил ползването на имейл адреса.

Дата:

Подпись на Застрахование:

ПОПЪЛВА СЕ СЛУЖЕБНО:

Представительство:..... Код №:..... Заявление № LP

Агент: Код №: Дата на получаване:

Проверил: Подпись Полица №
(имя и фамилия)

¹ 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, чито 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 дължности в институциите и органите на Европейския съюз и в международни организации.

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

² (5) За целите на ал. 1 за "съвързани лица" се смятат:

1. съпрузите или лицата, които живеят във фактическо съжителство на съпружески начала;
2. низходящите от първа степен и техните съпрузи или лицата, с които низходящите от първа степен живеят във фактическо съжителство на съпружески начала;
3. възходящите от първа степен и техните съпрузи или лицата, с които възходящите от първа степен живеят във фактическо съжителство на съпружески начала;
4. роднините по сребрена линия от втора степен и техните съпрузи или лицата, с които роднините по сребрена линия от втора степен живеят във фактическо съжителство на съпружески 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 образование 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 образование, 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, дължности в институциите и органите на Европейския съюз и в международни организации

³Съгласно § 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 образование, 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 образования 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 образование, включително посредством държане на акции на приносител, 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 образование.

Индикация за косвено притежаване е налице, когато най-малко 25 на сто от акционерното или дяловото участие в юридическо лице или друго правно образование принадлежи на юридическо лице или друго правно образование, което е под контрола на едно и също физическо лице или физически лица, или на множество юридически лица и/или правни образования, 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 образования, учредени и съществуващи съобразно правото на юрисдикциите, допускащи такива форми на доверителна собственост, действителният собственик е:

- a) учредителят;
- b) доверителният собственик;
- c) пазителят, ако има такъв;
- d) бенефициерът или класът бенефициери, или
- e) лицето, в чийто главен интерес е създадена или се управлява доверителната собственост, когато физическото лице, което се облагодетелства от нея, предстои да бъде определено;
- f) 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 дължности, 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 образование, ако е установлен друг действителен собственик.