

Załącznik nr 1  
do Umowy Agencyjnej nr 1/18796/2011  
zawartej w dniu 22.07.2011

**PEŁNOMOCNICTWO**

**Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group** z siedzibą w Warszawie (02 -342 Warszawa), Al. Jerozolimskie 162, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy KRS za numerem KRS 0000043309, NIP 527-20-52-806, kapitał zakładowy 167.845.797,00 złotych – opłacony w całości,

reprezentowaną przez Iwonę Sztetner **Mariola Zdziarska**  
Główny Specjalista

Dział Wsparcia Sprzedaży Pełnomocnik Zarządu  
zwaną dalej Towarzystwem  
niniejszym udziela

**Korporacja Finansowo - Kapitałowa S.A.**

z siedzibą w WARSZAWIE (01-104 WARSZAWA), ul. SKULLBORSKA 3/5 LOK. 33C

wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w

WARSZAWIE, XII Wydział Gospodarczy KRS za numerem KRS 0000166109

NIP 5272404961, REGON, 15491041, kapitał zakładowy 500.000,00 złotych –

opłacony w całości

reprezentowaną przez:

ANDRZEJA BIZON  
MARCINA BIZON

Zwana w dalszej części **Agentem Ubezpieczeniowym**

pełnomocnictwa do wykonywania Czynności Agencyjnych w imieniu i na rzecz **Towarzystwa**, zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczeń obowiązującymi w dniu dokonywania przez **Agenta Ubezpieczeniowego Czynności Agencyjnych**, w zakresie niżej wymienionym:

**Dział I – Ubezpieczenia na życie, Grupa 1-5,**

Pełnomocnictwo niniejsze nie upoważnia Agentu Ubezpieczeniowego do pobierania składek od ubezpieczających, jak również żadnych innych należności wynikających z zawartej Umowy Ubezpieczenia.

Pełnomocnictwo niniejsze nie upoważnia Agentu Ubezpieczeniowego do udzielania dalszych pełnomocnictw.

Pełnomocnictwo niniejsze nie upoważnia Agentu Ubezpieczeniowego do zawierania Umów Ubezpieczenia.

Pełnomocnictwo niniejsze obowiązuje na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Pełnomocnictwo niniejsze udzielane jest na czas nieokreślony, stanowi integralną część Umowy Agencyjnej i obowiązuje do odwołania.

Pełnomocnictwo niniejsze wygasa z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy, o której mowa powyżej.

Warszawa, dnia **01.10.2018**

podpis udzielającego pełnomocnictwa

Iwona Sztetner  
Główny Specjalista

Dział Wsparcia Sprzedaży  
Imię i nazwisko

Mariola Zdziarska

Imię i nazwisko

Opem MA

Załącznik nr 1  
do Umowy Agencyjnej nr 08/18796/2018  
zawartej w dniu 24.05.2018

## PEŁNOMOCNICTWO

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02 -342 Warszawa), Al. Jerozolimskie 162, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy KRS za numerem KRS 0000043309, NIP 527-20-52-806, kapitał zakładowy 224.263.746,00 złotych – opłacony w całości,

reprezentowaną przez:  
**EMILIANA GRONDKOWSKIEGO**  
**DYREKTORA REGIONALNEGO BIURA HANDLOWEGO W WARSZAWIE**

zwaną dalej Towarzystwem  
niniejszym udziela

Kooperacja Finansowo - Kapitałowa S.A.  
z siedzibą w WARSZAWIE (01-104), ul. SZCZEBORSKA 3/5 04. 330  
wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w  
WARSZAWIE, XII Wydział Gospodarczy KRS za numerem KRS 0000166104,  
NIP 522240496 kapitał zakładowy 500.000,00 złotych – opłacony w całości

reprezentowaną przez:  
MARCIN BIZN  
SYLWIA TAJOJA

Zwana w dalszej części **Agentem Ubezpieczeniowym**

pełnomocnictwa do wykonywania Czynności Agencyjnych w imieniu i na rzecz **Towarzystwa**, zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczeń obowiązującymi w dniu dokonywania przez **Agentę Ubezpieczeniowego Czynności** Agencyjnych, w tym:

- 1) przy współudziale agenta ubezpieczeniowego Towarzystwa działającego pod firmą POLISA-ŻYCIE Ubezpieczenia Spółka z o.o.
- 2) przy współudziale agenta ubezpieczeniowego Towarzystwa działającego pod firmą POLISA-ŻYCIE Ubezpieczenia Spółka z o.o. wykorzystując System Polisa24 (Portal),

w zakresie niżej wymienionym:

### Dział I – Ubezpieczenia na życie, Grupa 1-5,

Pełnomocnictwo niniejsze nie upoważnia Agentę Ubezpieczeniowego do pobierania składek ubezpieczeniowych od ubezpieczających, jak również żadnych innych należności wynikających z zawartej Umowy Ubezpieczenia, z wyłączeniem pierwszej należnej składki ubezpieczeniowej z tytułu Umów Ubezpieczenia zawartych przez Agentę Ubezpieczeniowego przy wykorzystaniu Systemu Polisa 24 (Portal).

Pełnomocnictwo niniejsze nie upoważnia Agentę Ubezpieczeniowego do udzielania dalszych pełnomocnictw. Pełnomocnictwo niniejsze upoważnia Agentę Ubezpieczeniowego do zawierania przy wykorzystaniu Systemu Polisa 24 (Portal) wyłącznie Umów Ubezpieczenia będących umowami:

- Terminowe Ubezpieczenie na Życie i od Następstw Wypadków Komunikacyjnych Bezpieczny na Drodze,
- Ubezpieczenie na Życie Polisa dla Ciebie,
- Zbiorowe Ubezpieczenie na Życie VIP,
- Zbiorowe Ubezpieczenie na Życie Super Grupa,
- Zbiorowe Ubezpieczenie na Życie Grupa+,
- Zbiorowe Ubezpieczenie na Życie Dzieci i Młodzieży "Bezpieczne Dziecko",
- Zbiorowe Ubezpieczenie na Życie Dzieci i Młodzieży OPEN SCHOLAR.

Pełnomocnictwo niniejsze obowiązuje na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Pełnomocnictwo niniejsze udzielane jest na czas nieokreślony, stanowi integralną część Umowy Agencyjnej i obowiązuje do odwołania.

Pełnomocnictwo niniejsze wygasa z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy, o której mowa powyżej.  
Warszawa, dnia \_\_\_\_\_

podpis udzielającego pełnomocnictwa  
**DYREKTOR**  
**REGIONALNEGO BIURA HANDLOWEGO**  
w Warszawie

Imię i nazwisko

**Emilian Grondkowski**