

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL Data urodzenia (d-m-r)

Data podpisania (d-m-r) Czytelny podpis Ubezpieczonego Pracownika

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia (d-m-r)				% świadczenia*		
1								
2								
3								

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia (d-m-r)				% świadczenia*		
1								
2								

Oświadczenie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie Ja niżej podpisany/a, oświadczam, iż chcę skorzystać z zastrzeżeń na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. i wyrażam zgodę na wysokość sumy ubezpieczenia. Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej deklaracji otrzymałem/am ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina. Upoważniam Pracodawcę do potrącenia składki ubezpieczeniowej za grupowe ubezpieczenie na życie z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa lub innych wypłat.	
Pełnomocnictwo Współmałżonka/Partnera/Połoletniego dziecka Udzielam Ubezpieczonemu Pracownikowi pełnomocnictwa do reprezentowania mnie wobec TU Allianz Życie Polska S.A. i Ubezpieczającego we wszystkich czynnościach związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia, do której niniejszym przystępuję, w tym do odbierania korespondencji i składania wszelkich oświadczeń woli w moim imieniu.	
Deklaracja zgody na przetwarzanie danych Niniejszym wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia i nalogów, przez TU Allianz Życie Polska S.A. dla celów podanych w treści Klauzuli informacyjnej, znajdującej się poniżej. W przypadku reasekuracji ryzyka przyjętego przez TU Allianz Życie Polska S.A. z tytułu umowy ubezpieczenia, wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych Allianz SE, z siedzibą D-80802 Monachium, Koeniginstrasse 28. Niniejszym wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych, w tym teled adresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu zawarcia umowy na świadczenie usług medycznych wynikających z umowy ubezpieczenia.	
Oświadczenie Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.	
Upoważnienie Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.) pełnej informacji o moim stanie zdrowia, w tym również po mojej śmierci (w tym do dostępu do dokumentacji medycznej), a TU Allianz Życie Polska S.A. do zasięgnięcia, na podstawie art. 22 ust. 1 w zw. z art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 22 marca 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 950, z późn. zm.) informacji medycznych (w tym pozyskiwania dokumentacji medycznej) dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am, bądź będę zasięgał/a porad lub przez którego byłem/am lub będę badany/a lub leczony/a (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych w szczególności przychodni, szpitali).	
Pełnomocnictwo Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich oświadczeń woli, wcześniej ze mną uzgodnionych, koniecznych do zmiany, w tym także sumy ubezpieczenia, zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia na życie, do której niniejszym przystępuję. Pełnomocnictwo to obejmuje również umocowanie do wyrażania zgody w moim imieniu na przedłużanie, w tym również na zmienionych warunkach, umowy ubezpieczenia na kolejne okresy roczne w formie i na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia. <i>* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu poniżej.</i> ☐ Nie wyrażam zgody	
Klauzula informacyjna: Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe: a) będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora danych) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu oceny ryzyka i podjęcia decyzji o przyjęciu do umowy ubezpieczenia oraz późniejszej obsługi tej umowy i jej wykonania, w celu reasekuracji ryzyk, w celu analitycznym oraz w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. Dane o stanie zdrowia i nalogach będą przetwarzane przez ww. Administratora danych w celu opisanym w poprzednim zdaniu, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia do umowy ubezpieczenia. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania; b) nie będą nikomu udostępniane, za wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielenia informacji określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej lub jeżeli Pani/Pan wyraża na to pisemną zgodę. W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody w ramach klauzuli marketingowej Pani/Pana dane (za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nalogach) będą udostępniane przez Administratora danych następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Życie Polska S.A., Powiatowemu Towarzystwu Emerytalnemu Allianz Polska S.A. oraz funduszom przez niego zarządzanym, Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o., (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), zwanym dalej „Spółkami Grupy Allianz Polska”. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz prawo pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do każdego z ww. podmiotów. Klauzula marketingowa (TUN2007/v1.0): Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich danych, w tym danych osobowych (za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nalogach), zawartych w niniejszym dokumencie oraz pozyskanych w związku z zawartymi i wnioskowanymi umowami, Spółkom Grupy Allianz Polska wymienionym w klauzuli informacyjnej w celach analitycznych i marketingowych (w tym zgodę na zestawianie moich danych przez te Spółki) oraz przetwarzanie przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku nieobjęcia ochroną ubezpieczeniową lub po jej wygaśnięciu. <i>* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu poniżej.</i> ☐ Nie wyrażam zgody Klauzula zgody na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną (TUN2007/E/v1.0): Zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam dobrowolną zgodę na przesyłanie informacji usługowych i handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a także na przedstawianie oferty za pomocą środków porozumiewania się na odległość w rozumieniu art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2001 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska. <i>* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu poniżej.</i> ☐ Nie wyrażam zgody	

“Podpisuje osoba umocowana przez Ubezpieczającego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem umowy grupowego ubezpieczenia na życie.