

## Deklaracja przystąpienia

do umów grupowego ubezpieczenia:

☐ na życie Allianz Rodzina zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A.☐ na życie Allianz Rodzina Prestige zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A.

Numer polisy Allianz Rodzina 7 5 0 /

Proponowana data przystąpienia (d-m-r)

Dane Ubezpieczającego (Pracodawcy)

Pieczęć

Pełna nazwa Pracodawcy

Dane Ubezpiezonego

☐ Kobieta☐ Mężczyzna

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Stan cywilny

☐ panna/kawaler☐ zamężna/żonaty☐ rozwiedziona/rozwiedziony☐ wdowa/wdowiec

Adres zameldowania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Tel. stacjonarny

Tel. kom.

E-mail

Faks

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania)

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Liczba dzieci

Data zatrudnienia (d-m-r)

Opis stanowiska pracy

Imię i nazwisko Partnera/Współmałżonka<sup>2</sup>

Data urodzenia (d-m-r)

Wskazanie partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu klauzul dodatkowych dotyczących współmałżonka/partnera będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą.

Wskazanie partnera jest możliwe wyłącznie w przypadku umów zawartych na podstawie o.w.u. o indeksie GZ11 oraz tych umów zawartych na podstawie innych indeksów o.w.u., gdzie strony umowy przewidywały taką możliwość.

## CZĘŚĆ DOTYCZĄCA UBEZPIECZENIA ALLIANZ RODZINA

Dane uposażonych

| L.p. | Imię i nazwisko | Data urodzenia (d-m-r) | % świadczenia* |
|------|-----------------|------------------------|----------------|
| 1.   |                 |                        |                |
| 2.   |                 |                        |                |
| 3.   |                 |                        |                |
| 4.   |                 |                        |                |

Dane uposażonych zastępczych

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

\* suma wskazań procentowych musi być równa 100%

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim.

Deklaracja stanu zdrowia

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że nie została u mnie rozpoznana żadna choroba przewlekła. W okresie ostatniego roku nie byłem/am na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 4 tygodnie. Nie mam wskazań lekarskich do okresowej kontroli medycznej po leczeniu poważnego zachorowania, ani do leczenia operacyjnego. Nic mi nie wiadomo o przesłankach medycznych wskazujących na możliwość pogorszenia się mojego stanu zdrowia.

☐ Tak, jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą.☐ Nie, nie mogę podpisać takiego oświadczenia.<sup>3</sup>

Oświadczam, iż byłem/am wcześniej ubezpieczony (a) w umowie grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina/ umowie kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina.

Polisa nr

data końca ochrony (d-m-r)

<sup>1</sup> Jeżeli przebywał/-a Pan/Pani na urlopie wychowawczym, bezpłatnym proszę wpisać datę powrotu do pracy po przerwie w zatrudnieniu.<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.<sup>3</sup> Proszę wypełnić kwestionariusz medyczny.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 630 000 złotych (wpłacony w całości).

**CZĘŚĆ DOTYCZĄCA UBEZPIECZENIA ALLIANZ RODZINA PRESTIGE**  
**Dane uposażonych**

| L.p. | Imię i nazwisko | Data urodzenia (d-m-r) |  |  |  |  |  | % świadczenia* |  |  |
|------|-----------------|------------------------|--|--|--|--|--|----------------|--|--|
| 1.   |                 |                        |  |  |  |  |  |                |  |  |
| 2.   |                 |                        |  |  |  |  |  |                |  |  |
| 3.   |                 |                        |  |  |  |  |  |                |  |  |
| 4.   |                 |                        |  |  |  |  |  |                |  |  |

**Dane uposażonych zastępczych**

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

\* suma wskazań procentowych musi być równa 100%

Warunki umowy ubezpieczenia Allianz Rodzina Prestige (w szczególności zakres ubezpieczenia, wysokość świadczeń, warunki dotyczące stażu ubezpieczeniowego oraz terminy realizacji praw i obowiązków wynikających z umowy) stanowią samodzielną podstawę do wykonywania praw i zobowiązań z niej wynikających i nie pozostają w związku z warunkami innych umów ubezpieczenia zawartych między TU Allianz Życie Polska S.A. a Ubezpieczającym.

Do niniejszej deklaracji dołączam „Oświadczenie Ubezpieczonego o stanie zdrowia do deklaracji przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina Prestige”.

**CZĘŚĆ DOTYCZĄCA WSZYSTKICH UMÓW UBEZPIECZENIA**

**Oświadczenie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie**

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, iż z dniem wymienionym poniżej przy podpisie dobrowolnie przystępuję do umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. Oświadczam, że zapoznałem się z ogólnymi warunkami umów ubezpieczenia zawartych na moją rzecz, przedstawionymi mi przez Ubezpieczającego oraz wyrażam zgodę na wskazanie we wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie wysokości sumy ubezpieczenia, które zostały mi przedstawione przez Ubezpieczającego. Upoważniam Pracodawcę do potrącenia składki ubezpieczeniowej za grupowe ubezpieczenie na życie z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

**Deklaracja zgody na przetwarzanie danych**

Niniejszym wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia i nałogów, przez TU Allianz Życie Polska S.A. w zakresie i dla celów związanych z wykonywaniem umów ubezpieczenia na życie. Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie ww. danych dotyczących umów ubezpieczenia na życie Allianz SE, z siedzibą D-80802 Monachium, Koeniginstrasse 28 i Kolnische Ruckversicherungs-Gesellschaft AG z siedzibą Niederlassung Wien, Renngasse 58 w związku z reasekurowaniem ryzyka przyjętego przez TU Allianz Życie Polska S.A. z tytułu umowy ubezpieczenia na życie. Zgody powyższe obejmują również przetwarzanie ww. danych osobowych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel ich przetwarzania.

Niniejszym wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych, w tym teleadresowych podanych dobrowolnie przeze mnie podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu zawarcia umowy na świadczenie usług medycznych wynikających z umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na przez TU Allianz Życie Polska S.A. o zasadach i prawach wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.), a w szczególności o tym, że posiadam prawo do wglądu do swoich danych i ich poprawiania oraz pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, które to prawo przysługuje mi zarówno do TU Allianz Życie Polska S.A. jak również do podmiotów, którym dane zostały udostępnione. Jednocześnie wyrażam zgodę, aby niniejszy dokument oświadczenia, dokumenty potwierdzające warunki objęcia ochroną zostały przedłożone TU Allianz Życie Polska S.A. przy zawieraniu lub realizacji świadczeń z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. na mój rachunek. Moje oświadczenie stanowi zwolnienie z tajemnicy ubezpieczeniowej w rozumieniu art. 19 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1151 ze zm.) w zakresie danych nim objętych.

**Oświadczenia końcowe**

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. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, w tym również po mojej śmierci, a TU Allianz Życie Polska S.A. do zasięgania informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am porad lub przez którego byłem/am badany/a (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych w szczególności przychodni, szpitali).

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody  
na udostępnianie na pisemną prośbę innych zakładów ubezpieczeń informacji dotyczących moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji danych podanych przeze mnie przy zawieraniu umowy, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielania przez TU Allianz Życie Polska S.A. informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa Uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, w myśl przepisu art. 22 ust. 5 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Brak wskazania oznacza niewyrażenie zgody na udostępnianie informacji innym zakładom ubezpieczeń.

**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, zawartych na moją rzecz umów 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 Allianz Rodzina, Allianz Rodzina Prestige.

\* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu poniżej.

Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

#### Klauzula informacyjna

Informujemy, że:

Dane osobowe podane w niniejszym wniosku:

a) będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu oceny ryzyka i podjęcia decyzji o zawarciu 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. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. 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 Ubezpieczony/Ubezpieczający wyraził na to pisemną zgodę.

W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody w ramach klauzuli marketingowej Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechnemu 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.

W przypadku zawierania przez Panią/Pana umowy ubezpieczenia w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą wyrażoną poniżej zgoda w ramach klauzuli marketingowej dotyczy ujawniania danych reprezentowanego przez Panią/Pana podmiotu i obejmuje zwolnienie z tajemnicy ubezpieczeniowej na rzecz pozostałych Spółek Grupy Allianz Polska.

#### Klauzula marketingowa (TUNZ003/v2.6):

Wyrażam dobrowolną zgodę\* na udostępnianie moich danych, w tym danych osobowych, 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 niezawarcia umowy lub po jej rozwiązaniu.

\* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok.

Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

#### Klauzula zgody na przysyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną (TUNZ003/E/v2.6):

Zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam dobrowolną zgodę\* na przysyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a także na przedstawienie 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.

\* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok.

Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

(podpis powinien być czytelny lub złożony w formie zwykłej używanej przez Ubezpieczonego, gdyż będzie przyjmowany do weryfikacji osoby Ubezpieczonego przy dokonywanych przez niego dyspozycjach w ramach umowy ubezpieczenia)

Miejscowość

Data

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego<sup>4</sup>

Data

Czytelny podpis agenta/brokera

<sup>4</sup> Podpisuje osoba umocowana przez Ubezpieczającego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem umowy grupowego ubezpieczenia na życie.