

Deklaracja przystąpienia

do umowy grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina

Numer wniosku

9

Numer polisy Allianz Rodzina

7 5 0 / 0026839

Numer grupy albo
nazwa wariantu

R7W

Wysokość
składki

49,-

Kod
agenta/brokera

04245

Osoba przystępująca do ubezpieczenia:

☐ Pracownik ☒ Współmałżonek Pracownika ☐ Partner Pracownika ☐ Pełnoletnie dziecko Pracownika

Proponowana data przystąpienia (d-m-r)

01

Oświadczam, iż byłem/am wcześniej ubezpieczony/a w ramach umowy Allianz Rodzina (grupowej lub indywidualnej kontynuacji).

Polisa nr

/

Data końca ochrony (d-m-r)

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO
(PRACODAWCY)

Nazwa lub pieczęć Pracodawcy

V

DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

Imię (imiona)

ANNA MARIA

Nazwisko

KOWALSKA

Płeć

☒ kobieta
☐ mężczyzna

PESEL

89091002020

Data urodzenia (d-m-r)

10 09 1989

Obywatelstwo

POLSKIE

Typ dokumentu tożsamości

DOW. OSOB.

Seria nr dok. tożsamości

ABC010203

Adres zamieszkania

Ulica

21 MOWA

Nr domu

18

Nr lokalu

4

Miejscowość

CHEŁM

Kod pocztowy

22-100

Pocztą

CHEŁM

Tel. stacjonarny

Tel. kom.

601000001

E-mail

Dane o zatrudnieniu

Data zatrudnienia (d-m-r)

Jeśli osobą przystępującą jest:

- Pracownik - należy wpisać datę zatrudnienia lub jeżeli przebywał/-a Pan/Pani na urlopie wychowawczym, bezpłatnym proszę wpisać datę powrotu do pracy po przerwie w zatrudnieniu.
- Małżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko - należy wpisać datę zatrudnienia ubezpieczonego pracownika (czyli współmałżonka/partnera/rodzica/osoby wypielniającej niniejszą deklarację) lub datę zawarcia związku małżeńskiego w przypadku gdy jest ona późniejsza niż data zatrudnienia (jedynie w przypadku przystąpienia współmałżonka).

Opis stanowiska pracy (wypełnić tylko gdy osobą przystępującą jest pracownik Ubezpieczającego (Pracodawcy))

Wskazanie Partnera/Współmałżonka osoby przystępującej do ubezpieczenia

Imię i nazwisko Partnera/Współmałżonka (niepotrzebne skreślić)

STANISŁAW KOWALSKI

Data urodzenia (d-m-r)

01 01 1987

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 ogólnych warunków ubezpieczeń, gdzie strony umowy przewidziały taką możliwość.

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

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

Deklaracja stanu zdrowia (Wypełnić tylko w przypadku, gdy Ubezpieczający (Pracodawca) zatrudnia do 20 pracowników).

Oświadczam, że:

1. W okresie ostatnich 12 m-cy z przyczyn zdrowotnych nie byłem/am niezdolny/a do pracy na okres dłuższy niż 30 kolejnych dni (z wyjątkiem ciąży/porodu/pologu, ostrego zakażenia dróg oddechowych, bólów/chorób kręgosłupa, złamań/skręceń kończyn/urazów narządu ruchu).

2. Nie mam wskazań lekarskich do okresowej kontroli medycznej po leczeniu poważnego zachorowania ani do leczenia operacyjnego.

3. Nic mi nie wiadomo o przesłankach medycznych wskazujących na możliwość pogorszenia się mojego stanu zdrowia.

4. Nie została u mnie rozpoznana żadna choroba przewlekła.

☒ Tak, jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą. ☐ Nie, nie mogę podpisać takiego oświadczenia.

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, XII 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).



Imię (imiona)

STANISŁAW JAN

Nazwisko

KOŁAŁSKI

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

87010101010 01 01 1987

Upoważniam Pracodawcę do potrącania składki ubezpieczeniowej za ubezpieczenie osoby przystępującej do ubezpieczenia na podstawie niniejszej deklaracji z mojego wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa, lub innych wypłat. W przypadku gdy osobą przystępującą jest Partner, niniejszym potwierdzam, że pozostaję z nim w związku nieformalnym.

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis Ubezpieczonego Pracownika

01 01 1987 Stanisław Kołalski

Dane uposażonych

L.p. Imię i nazwisko

1	STANISŁAW KOŁAŁSKI
2	
3	

Data urodzenia (d-m-r)

% świadczenia*

01	01	19	87	100

Dane uposażonych zastępczych

L.p. Imię i nazwisko

1	
2	

Data urodzenia (d-m-r)

% świadczenia*

* suma wskazań procentowych musi być równa 100%

Oświadczam o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie
Ja niżej podpisan/a, oświadczam, iż chcę skorzystać z zastrzeżenia 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 potrącania składki ubezpieczeniowej za grupowe ubezpieczenie na życie z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa lub innych wypłat.

Pelnomocnictwo Współmałżonka/Partnera/Pelnoletniego dziecka
Udzielam Ubezpieczającemu 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 udostępniania 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 był/am lub będę badany/a lub leczony/a (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych w szczególności przychodni, szpitali).

Pelnomocnictwo
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. Pelnomocnictwo to obejmuje również umocowanie do wyrażania zgody na przedłużanie, w tym również na zmienionych warunkach, umowy ubezpieczenia na kolejne okresy roczne w formie i na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu poniżej. ☐ 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 ryzyka, 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. Przesługuje 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 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.

Klauzula marketingowa (TUNZ007/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.
* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu poniżej. ☐ Nie wyrażam zgody

Klauzula zgody na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną (TUNZ007/E/V1.0):
Zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam dobrowolną zgodę na przesyłanie informacji o produktach i usługach oraz na przesyłanie ofert 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 poniżej. ☐ Nie wyrażam zgody

Miejscowość

Data (d-m-r)

CHEŁM

01

01

19

87

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Stanisław Kołalski

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

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego**

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis agenta/brokera

01

01

01

01

01

01

01

01

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