

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.

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)

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 sum ubezpieczenia, które zostały mi przedstawione przez Ubezpieczającego.

Pełnomocnictwo

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 podanych przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia i nalogów, przez TU Allianz Życie Polska S.A. dla celów związanych z wykonywaniem umów ubezpieczenia Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie ww. danych 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 m. in. NOVUM Bank Komórek Macierzystych Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie ul. Bociania 13 oraz innym 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 został przedłożony 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 zasięgnięcia 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 na wykonanie badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbek krwi w kierunku przeciwciał anti-HIV

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.

Klauzula informacyjna

Informujemy, że:

Dane osobowe podane w niniejszym wniosku:

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 zawarciu umowy ubezpieczenia oraz późniejszej obsługi tej umowy i jej wykonania, 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., Allianz Polska Otwartemu Funduszowi Emerytalnemu zarządzanemu przez Powołane Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Bank Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o., Allianz Direct New Europe 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 (TUNZ001/v2.1):

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), a także na przesyłanie przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej oraz przetwarzanie przez Administratora 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 – członek Rodziny Pracownika

Nie wyrażam zgody

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego – członka Rodziny Pracownika (podpis powinien być czytelny lub złożony w formie zwykle używanej przez Ubezpieczonego, gdyż będzie przyjmowany do weryfikacji osoby Ubezpieczonego przy dokonywanych przez niego dyspozycjach w ramach umowy ubezpieczenia)

W razie zawarcia ubezpieczenia na koszt Ubezpieczonego upoważniam zakład pracy do potrącania składki ubezpieczeniowej z wynagrodzenia za pracę bądź innych wypłat.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego Pracownika

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego/Pełnomocnika³

Data

Podpis agenta/brokera

³ Podpisuje osoba umocowana przez Ubezpieczającego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem umowy grupowego ubezpieczenia na życie.