

# Deklaracja przystąpienia

do zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanej również „Allianz Rodzina”)

Numer wniosku  lub Numer polisy Allianz Rodzina    /

Numer grupy

Allianz Rodzina

Wykaz imienny (miesiąc/rok/pozycja)  /  /P

Data przystąpienia (d-m-r)   <sup>1</sup>

## Dane Ubezpieczającego (Pracodawcy)

Pełna nazwa Pracodawcy

Pieczętka

Kod pocztowy

Miejscowość

## Dane Ubezpiezonego

kobieta  mężczyzna

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo

Stan cywilny

panna/kawaler  zamężna/zonaty  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)

Data urodzenia współmałżonka (d-m-r)

Opis stanowiska pracy

## Dane Uposażonych – do ubezpieczenia Allianz Rodzina z TU Allianz Życie Polska S.A.

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

\* suma wskazań % musi być równa 100%.

## Uposażony zastępczy

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

\* suma wskazań % musi być równa 100%.

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> Dotyczy jedynie osób przystępujących w dniu innym niż pierwszy dzień miesiąca.

<sup>2</sup> Jeżeli przebywał /-a Pan/Pani na urlopie wychowawczym, bezpłatnym lub odbywał Pan/Pani służbę wojskową, proszę wpisać datę powrotu do pracy po przerwie w zatrudnieniu.

## 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 wskazaną we wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie wysokości sumy ubezpieczenia, która została mi przedstawiona przez Ubezpieczającego. Upoważniam Pracodawcę do potrącenia składek ubezpieczeniowej za grupowe ubezpieczenie na życie z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

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>

## 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. 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 zmienią się ich cele 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

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, zawartej na moją rzecz umowy grupowego 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.

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

**Ubezpieczony**  Nie udzielam zgody

## Klauzula informacyjna

Informujemy, że:

Dane osobowe podane w niniejszym wniosku:

- będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administradora 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.
- 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 Powszechne 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. (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**  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 Ubezpieczającego/Pełnomocnika<sup>4</sup>

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis agenta/brokera

<sup>3</sup> Proszę wypełnić kwestionariusz medyczny

<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