

Deklaracja przystąpienia do „Ubezpieczenia z Klasą”



Wybór wariantu

- Wariant 1 | 20 000 zł | Składka miesięczna - 8,50 zł
 Wariant 2 | 30 000 zł | Składka miesięczna - 12,50 zł

Początek okresu ubezpieczenia:

Ubezpieczenie obowiązuje również w wakacje, ferie i dni wolne od szkoły

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa lub pieczęćka

DANE DZIECKA

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć

- kobieta
 mężczyzna

Pesel

DANE RODZICA/PŁATNIKA

- Funkcjonariusz Pracownik Policji

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Numer służbowy

Jednostka

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

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. Zobowiązuję się opłacać składkę co miesiąc przez 12 miesięcy począwszy od października 2016 roku.

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis rodzica

Numer telefonu

Oświadczenie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia NNW:

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, iż chcę aby moje dziecko przystąpiło do ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia NNW zawartej z TUIR Allianz Polska S.A. i wyrażam zgodę na zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową i podpisaniem niniejszej deklaracji otrzymałem/am warunki umowy, w tym ogólne warunki grupowego ubezpieczenia NNW „Ubezpieczenie z klasą” wraz z załącznikami oraz Tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wraz z Suplementem do Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Upoważniam Pracodawcę do potrącania składki ubezpieczeniowej za grupowe ubezpieczenie NNW z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa lub innych wypłat.

Oświadczenie:

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TUIR Allianz Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.

Upoważnienie:

Wyrażam zgodę na to, by podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych udostępniały TUIR Allianz Polska S.A. moją dokumentację medyczną na podstawie art. 26 ustawy z o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym również po mojej śmierci, zaś TUIR Allianz Polska S.A. mogła uzyskiwać od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez TUIR Allianz Polska S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności TUIR Allianz Polska S.A. oraz wysokości świadczenia.

Klauzula marketingowa (TUNZ007/v1.0):

Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich danych, w tym danych osobowych (za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nałogach), 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 akceptuję klauzuli marketingowej (TUNZ007/v.1)

Miejscowość

Data (d-m-r)

Czytelny podpis rodzica

(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)