# Deklaracja przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina

| Numer grupy albo nazwa wariantu | Wysokość składki | Kod pośrednika |
|---|---|---|
| | | |

Numer wniosku 9 _ _ _ _ _ _ _ lub

Numer polisy Allianz Rodzina 7 5 0 / _ _ _ _ _ _ _

Proponowana data przystąpienia (d-m-r) _ _ _ _ _ _ _ _

Osoba przystępująca do ubezpieczenia:

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

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 pieczątka Pracodawcy

## DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Data urodzenia (d-m-r) _ _ _ _ _ _ _ _

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

### Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy _ _ – _ _ _ Poczta

Tel. stacjonarny Tel. kom. 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 wypełniającej 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)

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 wyłączenie 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/połogu, ostrego zakażenia dróg oddechowych, bólów/chorób kręgosłupa, złamań/skręcenia 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.

GRPAR-D02 12/15

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).

## DANE UBEZPIECZONEGO PRACOWNIKA (wypełnić tylko w przypadku gdy osobą przystępującą jest Współmałżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko Ubezpieczonego)

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

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

## Dane uposażonych

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

## Dane uposażonych zastępczych

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

* suma wskazań procentowych musi być równa 100%

**Oświadczenie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie**
Ja niżej podpisany/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 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 na życie Allianz Rodzina 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 potrącenia składki ubezpieczeniowej za grupowe ubezpieczenie na życie z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa lub innych wypłat.

**Pełnomocnictwo Współmałżonka/Partnera/Pełnoletniego dziecka**
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, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia i nałogów, 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 teleadresowych, 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**
Wyrażam zgodę na to, by podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych udostępniały TU Allianz Życie 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 TU Allianz Życie 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 TU Allianz Życie 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 TU Allianz Życie Polska S.A. oraz wysokości świadczenia.

**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 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.
** 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 ryzyk, w celu analitycznym oraz w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. Dane o stanie zdrowia i nałogach 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. 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 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 nałogach) 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 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 wyrażam zgody

**Klauzula zgody na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną (TUN Z003/E/v2.8):**
Wyrażam dobrowolną zgodę* na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej, a także na kontakt telefoniczny dla celów marketingu bezpośredniego, w tym przedstawienia oferty z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska.
** W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w oznaczonym polu.* ☐ Nie wyrażam zgody

Miejscowość

Data (d-m-r)

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

(podpis powinien być czytelny lub złożony w formie zwykle 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 pośrednika

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