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.