

Deklaracja przystąpienia
do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Numer grupy albo nazwa wariantu	Wysokość składki	Kod agenta/brokera

Numer wniosku

5

lub Numer polisy /

Proponowana data przystąpienia (d-m-r)

0

1

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (PRACODAWCY)

Nazwa lub pieczęć Pracodawcy

1. DANE UBEZPIECZONEGO ☐ Pracownik ☐ dodatkowy członek rodziny Głównego Ubezpieczonego (dodatkowy członek rodziny wypełnia 2. DANE GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO)

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

Adres zamieszkania (na który ma być kierowana korespondencja)/dane kontaktowe)

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

Tel. stacjonarny

Tel. kom.

E-mail

Dane o zatrudnieniu [wypełnić tylko gdy osobą przystępującą jest pracownik Ubezpieczającego (Pracodawcy)]

Data zatrudnienia (d-m-r)

Opis stanowiska pracy

Dane uposażonego* (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia

Imię i nazwisko

Data urodzenia (d-m-r)

2. DANE GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO (wypełnić tylko w przypadku gdy osoba przystępująca powyżej jest dodatkowym członkiem rodziny Głównego Ubezpieczonego)

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym

3. DANE CZŁONKÓW RODZINY GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO (wypełnić tylko w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w formie Pakietu Rodzinnego)

Dane 2. Ubezpieczonego

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

Tel. kontaktowy

E-mail

Dane uposażonego* (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia

Imię i nazwisko

Data urodzenia (d-m-r)



Dane 3. Ubezpieczonego

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć

☐ kobieta

☐ mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

Tel. kontaktowy

E-mail

Dane uposażonego* (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia

Imię i nazwisko

Data urodzenia (d-m-r)

Dane 4. Ubezpieczonego

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć

☐ kobieta

☐ mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

Tel. kontaktowy

E-mail

Dane uposażonego* (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia

Imię i nazwisko

Data urodzenia (d-m-r)

* W przypadku woli wskazania więcej niż 1 osoby (uposażonego) należy wypełnić formularz Wniosek o ustanowienie/zmianę osób Uposażonych.

Adres zamieszkania (na który ma być kierowana korespondencja – wypełnić, jeżeli adres poszczególnych Ubezpieczonych jest inny niż Głównego Ubezpieczonego)

2. Ubezpieczonego

3. Ubezpieczonego

4. Ubezpieczonego

Oświadczenie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, iż chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. i wyrażam zgodę na wysokość sumy ubezpieczenia. Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej deklaracji otrzymałem/am ogólne warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązujące w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

Pelnomocnictwo małżonka/partnera/pelnoletniego dziecka

Udzielam Głównemu Ubezpieczonemu 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. 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

Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.) pełnej informacji o moim stanie zdrowia, w tym również po mojej śmierci (w tym do udostępniania dokumentacji medycznej), a TU Allianz Życie Polska S.A. do zasięgnięcia, na podstawie art. 22 ust. 1 w zw. z art. 22 ustawy z dnia 22 marca 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r. poz. 950, z późn. zm.) informacji medycznych (w tym pozyskiwania dokumentacji medycznej) dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am, bądź będę zasięgał/a porad lub przez którego byłem/am lub będę badany/a lub leczony/a (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych w szczególności przychodni, szpitali).

Pelnomocnictwo 1. Ubezpieczonego/Głównego Ubezpieczonego

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/ych na moją rzecz umowy/ów ubezpieczenia, do której/ych niniejszym przystępuję. Pelnomocnictwo 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 obok. ☐ 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 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 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 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 następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S. A., Powszechnemu Towarzystwu Emerytalnemu Allianz Polska S.A. oraz fundusзом 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 (TUN2007/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 analitycznej 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.

1. Ubezpieczony/Główny Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

2. Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

3. Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

4. Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

Klauzula zgody na przysyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną (TUN2007/E/v1.0):

Zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam dobrowolną zgodę* na przysyłanie informacji obsługowych i handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a także na przedstawienie oferty za pomocą środków porozumiewania się na odległość w rozumieniu art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2001 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska. * W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu poniżej.

1. Ubezpieczony/Główny Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

2. Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

3. Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

4. Ubezpieczony ☐ Nie wyrażam zgody

UWAGA! Deklarację podpisują osoby przystępujące do ubezpieczenia wg kolejności zgłoszeń Ubezpieczonych. Za niepełnoletnie dziecko deklarację podpisuje jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy swoim imieniem i nazwiskiem.

Podpis 1. Ubezpieczonego/Głównego Ubezpieczonego*

Podpis 2. Ubezpieczonego*

Podpis 3. Ubezpieczonego*

Podpis 4. Ubezpieczonego*

Data

Data

Data

Data

*(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)

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego**

Czytelny podpis agenta/brokera

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