

# Deklaracja przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina

Numer wniosku/numer polisy

Proponowana data przystąpienia (d-m-r)

Osoba przystępująca do ubezpieczenia:  Pracownik  Małżonek Pracownika  Partner Pracownika  Pełnoletnie dziecko Pracownika

## WYBÓR ZAKRESU

Wybieram:

- nazwa wariantu  składka
- pakiet (dotyczy jeśli są dostępne w ramach oferty)

Wysokość składki za  
Ubezpieczonego

- Pakiet wypadkowy /10 zł
- Pakiet kardiologiczny /5 zł
- Pakiet onkologiczny /10 zł
- Pakiet chorobowy /15 zł

- Pakiet komunikacyjny /10 zł
- Pakiet małżonek/ partner /10 zł
- Pakiet dziecko /10 zł
- Pakiet senior /10 zł

- Pakiet powtórna opinia medyczna / 4 zł

zł

zł



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

Nazwa lub pieczęćka

## DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć

- kobieta
- mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

Typ dokumentu  
tożsamości

Seria i nr dok.  
tożsamości

Obywatelstwo/-a (proszę wpisać wszystkie  
aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu  
tożsamości (d-m-r)

## Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

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 zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, lub innym zakładzie leczniczym, proszę wpisać datę powrotu do pracy po przerwie w zatrudnieniu,
- Małżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko – należy wpisać datę zatrudnienia ubezpieczonego pracownika (czyli małżonka/partnera/rodzica/osoby wypełniającej niniejszą deklarację) lub datę zawarcia związku małżeńskiego w przypadku gdy jest ona późniejsza niż data zatrudnienia (jedynie w przypadku przystąpienia małżonka).

Rodzaj wykonywanej pracy

(wypełnia każda osoba przystępująca)

- fizyczna
- umysłowa
- osoba niepracująca

Zawód (wypełnia każdy pracownik Ubezpieczającego)

Identyfikator pracownika (pole nieobowiązkowe)

## Wskazanie Partnera osoby przystępującej do ubezpieczenia

Imię i nazwisko Partnera

Data urodzenia (d-m-r)

Wskazanie partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu świadczeń dodatkowych dotyczących małżonka/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 wyłącznie w przypadku umów zawartych na podstawie o.w.u. o indeksie GZ11, GZ12 lub GZ13 oraz tych umów zawartych na podstawie innych ogólnych warunków ubezpieczeń, gdzie strony umowy przewidziały taką możliwość.



Podane przez Panią/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać udostępnione zakładom reasekuracji, które reasekurują daną umowę ubezpieczenia. (TUnZ/KI/NT/Z/030/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUnZ/KI/NT/Z/040/1)

**Przysługuje Pani/Panu prawo do:**

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUnZ/KI/NT/Z/035/1)
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania (TUnZ/KI/NT/Z/015/2)
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby złożenia propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie oraz profilowania (TUnZ/KI/NT/Z/016/2)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUnZ/KI/NT/Z/017/2)
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem (TUnZ/KI/NT/Z/036/1)
- przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych (TUnZ/KI/NT/Z/037/1)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUnZ/KI/NT/Z/038/1.0)

**Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną**

**Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez:**

- wiadomości e-mail (TUnZ/ZM/NT/Z/003/2)
- wiadomości sms/mms (TUnZ/ZM/NT/Z/004/2)
- telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUnZ/ZM/NT/Z/005/3)

**W celu przedstawienia mi kompleksowo dopasowanych informacji, w tym o produktach, usługach, promocjach, konkursach i zniżkach, zgadzam się na:**

- automatyczne podejmowanie decyzji, w tym profilowanie dla określenia moich preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia mi przygotowanej na tej podstawie oferty (TUnZ/ZM/NT/Z/002/3)
- udostępnianie moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nalogów (o ile zostały pozyskane) 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. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę (TUnZ/ZM/NT/Z/008/3)

**Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną:**

- propozycji kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie (TUnZ/ZM/NT/Z/010/3)

**Zgody dodatkowe**

**Zgody niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia:**

**Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie) i nalogów (o ile dotyczy) przez Administratora, dla celów podanych w treści klauzuli informacyjnej, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. (TUnZ/ZD/NT/Z/010/3)**

**Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich danych osobowych (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie), w tym teleadresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/ZD/NT/Z/011/3)**

**Upoważnienie Pracownika**

Upoważniam pracodawcę do potrącania składki ubezpieczeniowej za moje ubezpieczenie / ubezpieczenie członka mojej rodziny zgłoszonego na podstawie złożonej deklaracji z mojego wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa, lub innych wypłat. TUnZ/UP/NT/T/004 1

Data i podpis Pracownika

Miejscowość	Data (d-m-r)	Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		(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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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