Allianz

Deklaracja przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

(dla Pracownika, Współmałżonka/Partnera, Dziecka)

Nazwa wariantu	Wysokość składki	Kod pośrednika

Numer wniosku 5 lub Numer polisy / Proponowana data przystąpienia (d-m-r) 0 1

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (PRACODAWCY)

Nazwa lub pieczątka Pracodawcy

1. DANE UBEZPIECZONEGO

Podać pełną nazwę grupy zgodnie z propozycją ubezpieczenia lub nr grupy zgodnie z polisą

☐ 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 –

Poczta

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 lub Pakietu Partnerskiego)

Podać pełną nazwę grupy zgodnie z propozycją ubezpieczenia lub nr grupy zgodnie z polisą

Dane 2. Ubezpieczonego Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ☐ Współmałżonek/Partner ☐ Dziecko

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)

GZAOZUP-DE04 05/18

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: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).

Dane 3. Ubezpieczonego

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ☐ Współmałżonek/Partner ☐ Dziecko

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 ☐ Współmałżonek/Partner ☐ Dziecko

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 zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej i podpisaniem niniejszej deklaracji otrzymałem/am warunki umowy w tym ogólne warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z załącznikami obowiązujące w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

Pełnomocnictwo Współmałżonka/Partnera/pełnoletniego 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.

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 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 na moją rzecz umowy ubezpieczenia zdrowotnego, 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 warunkach umowy ubezpieczenia.

** W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok.* ☐ Nie wyrażam zgody

Klauzula informacyjna

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku dotyczącego przechowywania dokumentów księgowych, dokumentów wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. (TUnZ/KI/NT/Z/001/2)

Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUnZ/KI/NT/Z/019/1)

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie Internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUnZ/KI/NT/Z/020/1)

Podanie przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążący na Administratorze (TUnZ/KI/NT/Z/004/2)
- zawarcia umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/005/2)
- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/006/2)
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług (TUnZ/KI/NT/Z/007/2)
- automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Pani/Pana wyraźna zgoda(TUnZ/KI/NT/Z/021/1)
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk. (TUnZ/KI/NT/Z/011/2)
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (TUnZ/KI/NT/Z/022/1.0)
- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUnZ/KI/NT/Z/023/1)
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUnZ/KI/NT/Z/024/1)
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUnZ/KI/NT/Z/025/1)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisje Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora. (TUnZ/KI/NT/Z/018/2)

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/KI/NT/Z/027/1)

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Pana/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUnZ/KI/NT/Z/028/1)

Podstawą prawną przetwarzania podanych przez Panią/Pana danych szczególnych kategorii, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia, we wskazanych celach ich przetwarzania, jest wyrażona przez Panią/Pana wyraźna zgoda. (TUnZ/KI/NT/Z/029/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji Allianz SE Königinstrasse 28, 80802 Monachium, Niemcy oraz Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034, Zurych, Szwajcaria. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje 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. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 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 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)

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 nałogów (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/010/1)

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/011/1)

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

Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez:

Ubezpieczony

1	2	3	4	
☐	☐	☐	☐	wiadomości e-mail (TUnZ/ZM/NT/Z/003/1)
☐	☐	☐	☐	wiadomości sms/mms (TUnZ/ZM/NT/Z/004/1)
☐	☐	☐	☐	telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUnZ/ZM/NT/Z/005/2.0)

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/002/2)
☐	☐	☐	☐	udostępniane moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nałogach (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. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę. (TUnZ/ZM/NT/Z/008/2)

UWAGA! Deklarację podpisują osoby przystępujące do ubezpieczenia wg kolejności zgłoszeń Ubezpieczonych. Za niepełnoletnie dziecko lub osobę, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych deklarację podpisuje jego 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)

Upoważnienie Pracownika

Upoważniam Pracodawcę do potrącania składki ubezpieczeniowej z mojego wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa, lub innych wypłat tytułem objęcia mnie i mojej rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym.

Data i podpis Pracownika

Data podpisania (d-m-r) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego** ☐

Czytelny podpis pośrednika ☐

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