

Deklaracja ubezpieczenia NNW potwierdzona polisą nr:

Dane Ubezpieczonego:

.....

Imię Nazwisko Pesel

.....

ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, poczta

.....

Jednostka/Wydział Nr telefonu e-mail

Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW)						
Zakres Świadczeń	Funkcjonariusz		Współmałżonek i dziecko pow. 20 r.ż.		Dziecko do 20 r.ż.	
	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Zgon Ubezpieczonego w wypadku	40 000,00 zł	12 500,00 zł	7 500,00 zł	12 500,00 zł	7 500,00 zł	5 000,00 zł
Inwalidztwo Ubezpieczonego w NNW (za 1% uszczerbku)	400,00 zł	250,00 zł	150,00 zł	250,00 zł	150,00 zł	100,00 zł
Inwalidztwo Ubezpieczonego powyżej 89% uszczerbku	800,00 zł	500,00 zł	300,00 zł	500,00 zł	300,00 zł	200,00 zł
Inwalidztwo 100%	80 000,00 zł	50 000,00 zł	30 000,00 zł	50 000,00 zł	30 000,00 zł	20 000,00 zł
Koszty leczenia na terenie RP	5 000,00 zł	2 000,00 zł	-	1 000,00 zł	-	1 000,00 zł
Zasilek szpitalny za każdy dzień pobytu	-	50,00 zł	-	50,00 zł	-	50,00 zł
Przeszkolenie zawodowe inwalidów	5 000,00 zł	5 000,00 zł	3 750,00 zł	5 000,00 zł	3 750,00 zł	2 500,00 zł
Zawał serca/udar mózgu (dla osób poniżej 30 roku życia)	5 000,00 zł	5 000,00 zł	5 000,00 zł	5 000,00 zł	5 000,00 zł	5 000,00 zł
Świadczenia Opiekuńcze na terytorium RP dla Ubezpieczonego i członków jego rodziny						
wizyta lekarza – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi objętemu ochroną ubezpieczeniową	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł
wizyta pielęgniarki	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł
dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	100,00 zł	100,00 zł	100,00 zł	100,00 zł	100,00 zł	100,00 zł
transport medyczny z osobą bliską z miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł
transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł
transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł
organizacja procesu rehabilitacyjnego	700,00 zł	700,00 zł	700,00 zł	700,00 zł	700,00 zł	700,00 zł
organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł
opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	450,00 zł	450,00 zł	450,00 zł	450,00 zł	450,00 zł	450,00 zł
opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecka lub osoby niesamodzielnej	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł
organizacja prywatnych lekcji	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł
organizacja pobytu opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł
opieka pielęgniarki po hospitalizacji	1 500,00 zł	1 500,00 zł	1 500,00 zł	1 500,00 zł	1 500,00 zł	1 500,00 zł
pomoc domowa	300,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	300,00 zł
pomoc medyczna za granicą	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł
opieka nad zwierzętami domowymi	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł
opieka psychologa	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł
zdrowotne usługi informacyjne	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
infolinia „Baby Assistance”	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Składki za ubezpieczenie NNW:	25,50 zł	14,50 zł	4,50 zł	9,50 zł	3,80 zł	4,50 zł

Dane Uposażonych - z ubezpieczenia NNW TU Allianz Polska S.A.

Imię i Nazwisko	Data Urodzenia lub PESEL	% świadczenia*

* suma wskazań musi wynosić 100%

Dane osób współubezpieczonych: współmałżonka, dzieci:

Imię i Nazwisko oraz adres zamieszkania (jeśli jest inny niż Ubezpieczonego)	Współmałżonek/Dziecko	Nr wariantu	Data Urodzenia

Oświadczenie o przystąpieniu do umowy

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, iż dobrowolnie przystępuję do umowy grupowego ubezpieczenia: OC zawodowego/OC w życiu prywatnym/NNW grupowego* zawartej z TU Allianz Polska S.A. Oświadczam, że zapoznałem się z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz, przedstawionymi mi przez Ubezpieczającego oraz wyrażam zgodę na wskazane w odpowiedniej polisie wysokości sum ubezpieczenia, które zostały mi przedstawione przez Ubezpieczającego. Upoważniam Pracodawcę do potrącenia składki ubezpieczeniowej za grupowe ubezpieczenie z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

* niewłaściwe skreślić

Deklaracja zgody na przetwarzanie danych:

Niniejszym wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia i nalogów, przez TU Allianz Życie Polska S.A. oraz TU Allianz Polska S.A. dla celów związanych z wykonywaniem umów ubezpieczenia. Zgody powyższe obejmują również przetwarzanie ww. danych osobowych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel ich przetwarzania. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na przez TU Allianz Życie Polska S.A. oraz TU Allianz Polska S.A. o zasadach i prawach wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm), a w szczególności o tym, że posiadam prawo do wglądu do swoich danych i ich poprawiania oraz pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, które to prawo przysługuje mi zarówno do TU Allianz Życie Polska S.A. oraz TU Allianz Polska S.A. jak również do podmiotów, którym dane zostały udostępnione. Jednocześnie wyrażam zgodę aby niniejszy dokument oświadczenia został przedłożony TU Allianz Życie Polska S.A. i TU Allianz Polska S.A. przy zawieraniu lub realizacji świadczeń z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. oraz umowy grupowego ubezpieczenia NNW zawartej z TU Allianz Polska S.A. na mój rachunek. Moje oświadczenie stanowi zwolnienie z tajemnicy ubezpieczeniowej w rozumieniu art. 19 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz U z 2003 r. Nr 124, poz. 1151 ze zm.) w zakresie danych nim objętych.

Oświadczenia końcowe:

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. oraz TU Allianz Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, w tym również po mojej śmierci, a TU Allianz Życie Polska S.A. oraz TU Allianz Polska S.A. do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am porad lub przez którego byłem/am badany/a (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych w szczególności przychodni, szpitali). Wyrażam zgodę na wykonanie badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbki krwi w kierunku przeciwciał anti-HIV

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

na udostępnianie na pisemną prośbę innych zakładów ubezpieczeń informacji dotyczących moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji danych podanych przeze mnie przy zawieraniu umowy, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielania przez TU Allianz Życie Polska S.A. lub TU Allianz Polska S.A. informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa Uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, w myśl przepisu art. 22 ust. 5 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Brak wskazania oznacza niewyrażenie zgody na udostępnianie informacji innym zakładom ubezpieczeń.

..... Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego
..... Miejscowość Data Podpis Ubezpieczającego/Pelnomocnika
..... Miejscowość Data Podpis agenta

Klauzula informacyjna

Informujemy, że Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administrator danych każdy w swoim zakresie) każdy z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu obsługi i wykonania umowy, w celu analitycznym oraz 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. W przypadku wyrażenia przez Państwa zgody w ramach Klauzuli Marketingowej, Państwa dane będą udostępniane następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Polska S.A., Allianz Polska Otwartemu Funduszowi Emerytalnemu zarządzanemu przez Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Bankowi Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o., Allianz Direct New Europe sp. z o.o., (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), zwanym dalej „Spółkami Grupy Allianz Polska”. Mają Państwo 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

Wyrażam zgodę* na udostępnianie moich danych (w tym danych osobowych), zawartych w niniejszym dokumencie jak i 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), a także na przesyłanie przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej oraz przetwarzanie przez Administratora moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku nie zawarcia umowy lub po jej rozwiązaniu.

* w przypadku braku zgody prosimy przekreślić ww. Klauzulę Marketingową

..... Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego
----------------------	---------------	--------------------------------

1. w przypadku wyboru ubezpieczenia NNW zaznaczamy odpowiednie kwadraciki wyboru w odpowiednich miejscach dla funkcjonariusza do wyboru warianty 1 i 2, dla jego współmałżonka warianty 3 i 4 oraz dla dziecka warianty 5 lub 6, oraz wpisujemy dane osób ubezpieczonych.

