

WSKAZANIE PARTNERA

Po wskazaniu Partnera, Małżonek traci prawo do przystąpienia albo prawo do dalszego uczestnictwa w ubezpieczeniu

Imię

Nazwisko

PESEL

UPOSAŻENI (Uposażonych można wskazać w Deklaracji lub w dowolnym momencie w serwisie Mój Allianz)

1. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

2. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

UPOSAŻENI ZASTĘPCZY (Uposażonych Zastępczych można wskazać w Deklaracji lub w dowolnym momencie w serwisie Mój Allianz)

1. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

2. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

NIEZBĘDNE OŚWIADCZENIA I ZGODY

Nie możemy przyjąć Twojej Deklaracji, jeśli nie możesz podpisać poniższych oświadczeń.

Prawdziwość danych

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej Deklaracji i załącznikach do niej są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i przekazane w dobrej wierze.

Przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-na):

- że Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (dalej: Allianz) będzie administratorem danych,
- o celach przetwarzania danych, którymi są zawarcie umowy ubezpieczenia, jej wykonanie i zachęcanie do zawierania innych umów ubezpieczenia,
- o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania, przenoszenia, ograniczenia przetwarzania oraz prawie zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych,
- o tym, że podawanie tych danych jest obowiązkowe ze względu na fakt zawierania umowy ubezpieczenia.

Szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych znajduje się w polityce prywatności na stronie internetowej www.allianz.pl.

Potwierdzenie otrzymania dokumentów

Oświadczam, że przed sporządzeniem Deklaracji otrzymałem(-łam) od Ubezpieczającego informację o warunkach ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) o sygnaturze wskazanej na 1. stronie i zapoznałem(-łam) się z ich treścią.

Upoważnienie do zasięgnięcia informacji medycznych

Upoważniam Allianz do zasięgnięcia w innych zakładach ubezpieczeń, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz u lekarzy, dotyczących mnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w szczególności dotyczących:

- mojego stanu zdrowia,
- przyczyny śmierci,
- weryfikacji podanych przeze mnie danych,
- okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń.

Zakres informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego obejmuje:

- informacje o przyczynach pobytu w szpitalu, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona,
- informacje o przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia,
- informacje o wynikach przeprowadzonych konsultacji,
- informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego.

Nie obejmuje on wyników badań genetycznych.

Upoważniam Allianz również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń lub reasekuracji. Wyrażam także zgodę na uzyskiwanie od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem, co będzie podstawą ustalenia odpowiedzialności Allianz oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Upoważnienia te nie wygasają z chwilą mojej śmierci.

Informacja o kontrofercie

Przyjmuję do wiadomości, że Allianz przeprowadzi ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie analizy podanych przeze mnie informacji oraz otrzymanych dokumentów. Wynikiem analizy może być zaproponowanie przez Allianz zmienionych warunków ubezpieczenia, w tym podwyższenie Kosztu Ochrony lub ograniczenia i wyłączenia w zakresie Ochrony albo odmowa udzielania Ochrony. Na powyższe okoliczności Allianz wskaże w Dokumencie Uczestnictwa lub w odrębnym piśmie.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową

Wyrażam zgodę na objęcie mnie przez Allianz ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia.

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na:

- zmiany w warunkach Umowy, w tym na zmiany zakresu ubezpieczenia, Sum Ubezpieczenia, Kosztu Ochrony, w trakcie zawierania Umowy oraz w trakcie jej wykonywania,
- objęcie mnie Ochroną – również na zmienionych warunkach – z tytułu kolejnych Umów, które są zawierane na zasadach określonych w OWU.

W imieniu członków mojej najbliższej rodziny (w tym również mojego Partnera) wyrażam zgodę na objęcie ich Ochroną – zostałem przez nich do tego umocowany(-na) a wcześniej przekazałem(-łam) im warunki ubezpieczenia, w tym OWU.

Jeśli w przyszłości zostaną pełnomocnikami kolejnych członków mojej rodziny, przed wyrażeniem w ich imieniu zgody na objęcie Ochroną, osoby te otrzymają ode mnie warunki ubezpieczenia, w tym OWU.

Zobowiązuję się przekazywać warunki ubezpieczenia, w tym OWU, członkom mojej najbliższej rodziny (także Partnerowi), jeśli osoby te przystąpią do Umowy Ubezpieczenia – przed sporządzeniem przez te osoby Deklaracji Uczestnictwa.

Potwierdzenie zdolności do świadczenia pracy

Oświadczam, że w dniu podpisania Deklaracji:

- nie przebywam na zwolnieniu lekarskim (nie dotyczy: ciąży, porodu, złań kończyn górnych i dolnych – pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń i zwichnięć, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków, zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie, np. dziecko),
- nie przebywam w szpitalu, hospicjum lub innym zakładzie leczniczym lub opiekuńczym,
- nie pobieram świadczeń rehabilitacyjnych ani się o nie nie ubiegam,
- nie jestem niezdolny do pracy lub niezdolny do służby decyzją właściwego organu.

NIEZBĘDNE OŚWIADCZENIA I ZGODY CD.

Oświadczenia dotyczące umowy ubezpieczenia grupowego Assistance

Jeśli Ubezpieczający rozszerzył, bądź w przyszłości rozszerzy zakres Umowy o Umowę Dodatkową Ubezpieczenia:

- Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow” lub
- Assistance,

to wyrażam zgodę na objęcie mnie Ochroną, która wynika z Programu Assistance lub Programu Assistance III (Otrzymałem i zapoznałem się z Warunkami Programów Assistance).

Zostałem(-łam) poinformowany(-na), że w celu realizacji Umowy Ubezpieczenia oraz w celu realizacji usług w ramach Programów Assistance, administratorem moich danych osobowych będzie AWP P&C SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.

Zostałem(-łam) poinformowany(-na), że szczegółowy opis sposobu, w jaki AWP P&C SA Oddział w Polsce przetwarza dane osobowe, znajduje się w polityce prywatności na stronie www.allianz.pl.

Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-na) o celach przetwarzania danych, związanych z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego oraz jej wykonaniem, jak również o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania oraz o tym, że podawanie ich jest obowiązkowe wyłącznie wobec faktu przystąpienia do wyżej wymienionej umowy ubezpieczenia.

Obsługa w serwisie Mój Allianz

Przyjmuję do wiadomości, że mój numer telefonu i adres e-mail będą wykorzystane do aktywacji internetowego serwisu Mój Allianz na stronie internetowej www.allianz.pl, oraz że aktywacja tego serwisu wymaga wcześniejszej akceptacji regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną.

Data (d-m-r)

– – 2 0 2 4

Czytelny podpis Uczestnika²

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

² albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich

OŚWIADCZENIA MEDYCZNE

Podpisuje Uczestnik, który jest zatrudniony przez Ubezpieczającego na podstawie umowy innej niż umowa o pracę.

Oświadczam, że nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:

- choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), kardiomiopatia, zaburzenia rytmu serca, miażdżyca, przewlekła niewydolność układu krążenia, tętniak aorty, wada serca, zakrzepica żylna, zatorowość płucna, zawał serca,
- krwotok śródczaszkowy, przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, tętniak naczyń mózgowych, udar mózgu,
- choroba Alzheimera, padaczka, porażenie kończyn górnych lub dolnych, stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne,
- reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń układowy,
- choroba Leśniowskiego-Crohna, choroby trzustki, choroby wątroby, nieswoiste choroby zapalne jelit, takie jak: wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- przewlekła niewydolność nerek, przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych),
- zaburzenia psychiczne,
- zakażenie wirusem HIV.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego.

Oświadczam, że nigdy nie ubiegałem się o rentę z powodu niezdolności do pracy ani nigdy nie zostałem w stosunku do mnie orzeczonego stopień niepełnosprawności.

Data (d-m-r)

– –

Czytelny podpis Uczestnika²

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

² albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich

ZGODY DOBROWOLNE

Zgoda na obsługę elektroniczną

TAK NIE Zgadzam się, żeby Allianz przysyłał wszelkie informacje, które dotyczą wszystkich moich umów ubezpieczenia i umów zawartych na moją rzecz – w tym listów rocznicowych i informacji o wysokości świadczeń, które przysługują z tych umów – na ostatni adres e-mail, który wskazałem(-łam) Allianz.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

TAK NIE Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty powiązane³ oraz na wzajemne udostępnianie przez nie tych danych w celu oferowania usług finansowych i dalszego przetwarzania przy wykonywaniu tych usług, oraz na połączenie moich danych w administrowanych zbiorach również z innymi pozyskanymi danymi.

Zgoda na przesyłanie informacji handlowych

TAK NIE Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

Zgoda na kontakt telefoniczny

TAK NIE Zgadzam się na kontakt telefoniczny w celach marketingowych.

³ Podmioty powiązane – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze inwestycyjne, Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne, Allianz Sp. z o.o.

Data (d-m-r)

– – 2 0 2 4

Czytelny podpis Uczestnika²

² albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich