

UBEZPIECZENIE GRUPOWE - ZAŁĄCZNIK DO DEKLARACJI UCZESTNICTWA WSKAZUJĄCY WSPÓŁUBEZPIECZONYCH

Numer polisy lub numer seryjny wniosku _____

I. DANE UCZESTNIKA

Nazwisko _____

Imię _____

Data urodzenia _____ Płeć K/M _____ PESEL _____ Telefon _____
DDMMRRRR _____

II. DANE WSPÓŁMAŁŻONKA/ PARTNERA

Nazwisko _____

Imię _____

Data urodzenia _____ Płeć K/M _____ PESEL _____ Telefon _____
DDMMRRRR _____
Adres zamieszkania – ulica _____ Numer domu _____ Numer mieszk. _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Adres e-mail _____

III. DANE DZIECKA 1

Nazwisko _____

Imię _____

Data urodzenia _____ Płeć K/M _____ PESEL _____
DDMMRRRR _____
Adres zamieszkania – ulica _____ Numer domu _____ Numer mieszk. _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

IV. DANE DZIECKA 2

Nazwisko _____

Imię _____

Data urodzenia _____ Płeć K/M _____ PESEL _____
DDMMRRRR _____
Adres zamieszkania – ulica _____ Numer domu _____ Numer mieszk. _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

V. DANE DZIECKA 3

Nazwisko _____

Imię _____

Data urodzenia DDMMRRRR Płeć K/M PESEL _____

Adres zamieszkania – ulica _____ Numer domu _____ Numer mieszk. _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

VI. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PROGRAMU ASSISTANCE – DOTYCZY TYLKO UMÓW Z PAKIETEM MEDYCZNYM „BĄDŹ ZDRÓW”

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia „Program Assistance” oferowanego przez AWP P&C SA Oddział w Polsce (dawniej AGA International SA Oddział w Polsce). Wyrażam równocześnie zgodę na przekazywanie moich danych osobowych AWP P&C SA Oddział w Polsce. Przyjmuję do wiadomości, że administratorami danych osobowych są: Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4b oraz AWP P&C SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany o celach przetwarzania danych, którymi są cele związane z wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz realizacją usług wynikających z Programu Assistance, jak również o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania oraz o tym, że podawanie wymienionych danych jest obowiązkowe wyłącznie wobec faktu przystąpienia do Programu Assistance.

Czytelny podpis Współmatronka	Czytelny podpis Dziecka 1 lub opiekuna prawnego	Czytelny podpis Dziecka 2 lub opiekuna prawnego
Czytelny podpis Dziecka 3 lub opiekuna prawnego	Czytelny podpis Uczestnika	

VII. OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(-na), oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji i załącznikach do niej są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i są przekazane w dobrej wierze. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (dalej: Towarzystwo) moich danych osobowych podanych w niniejszej deklaracji oraz innych dokumentach związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-na) o celach przetwarzania danych, którymi są zawarcie umowy ubezpieczenia, jej wykonanie i zachęcanie do zawierania innych umów ubezpieczenia. Poinformowano mnie także o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania, przenoszenia, ograniczenia przetwarzania oraz prawie zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych. Podawanie wymienionych danych jest obowiązkowe wyłącznie wobec faktu zawierania umowy ubezpieczenia. Szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych zamieszczony jest w polityce prywatności na stronie internetowej www.allianz.pl.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia w innych zakładach ubezpieczeń, podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, a także u lekarzy, dotyczących mnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w szczególności dotyczących mojego stanu zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych)¹ i weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, jak również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń lub reasekuracji. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie i udostępnianie dotyczących mnie informacji, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, ubezpieczającemu, uposażonemu lub innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia w przypadkach, kiedy obowiązek przekazania lub udostępniania takich informacji wynikać będzie z obowiązujących przepisów. Wyrażam także zgodę na uzyskiwanie od NFZ danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Z przyczyn uzasadnionych treścią stosunku ubezpieczenia powyższe upoważnienie nie wygasa z chwilą mojej śmierci.

¹ Zakres informacji o stanie zdrowia uczestnika obejmuje:

- 1) informacje o przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) informacje o przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia;
- 3) informacje o wynikach przeprowadzonych konsultacji;
- 4) informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego.

Data <u>DDMMRRRR</u> _____ Czytelny podpis Współmatronka	Data <u>DDMMRRRR</u> _____ Czytelny podpis Dziecka 1 lub opiekuna prawnego	Data <u>DDMMRRRR</u> _____ Czytelny podpis Dziecka 2 lub opiekuna prawnego
Data <u>DDMMRRRR</u> _____ Czytelny podpis Dziecka 3 lub opiekuna prawnego	Data <u>DDMMRRRR</u> _____ Czytelny podpis Uczestnika	