

Wniosek o zmiany „NA PLUS” do umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (kod produktu: ULTR)

potwierdzonej polisą nr

I. Dodanie Ubezpieczonego/ Ubezpieczonego Dziecka

II. Zawarcie umowy dodatkowej lub/i podwyższenie sumy ubezpieczenia w umowie dodatkowej

III. Podwyższenie składki podstawowej

Kod Z I

Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

PESEL Data urodzenia

Obywatelstwa Kraj urodzenia/
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa) kraj założenia

Typ dokumentu tożsamości Seria i nr dok. tożsamości

Data ważności dok. tożsamości

Wypełnić gdy Ubezpieczający inny niż osoba fizyczna

Forma organizacyjna

NIP REGON

KRS

W przypadku gdy Ubezpieczający inny niż osoba fizyczna należy uzupełnić formularze Dane osoby upoważnionej/reprezentującej podmiot lub osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą oraz Oświadczenie Klienta dotyczące beneficjenta rzeczywistego.

Dotychczasowy:

Ubezpieczony 1

Ubezpieczony 2

Imię i nazwisko: Imię i nazwisko:

I. DODANIE UBEZPIECZONEGO/ UBEZPIECZONEGO DZIECKA

Prosimy wypełnić w przypadku dodania drugiego Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka. Nie należy wpisywać danych dotychczasowych Ubezpieczonych/ Ubezpieczonych Dzieci

Dane Ubezpieczonego 2

Płeć K M Stan cywilny panna/kawaler zamężna/zonaty rozwiedziona/rozwiedziony wdowa/wdowiec

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL Data urodzenia

Obywatelstwa Kraj urodzenia
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Typ dokumentu tożsamości Seria i nr dok. tożsamości

Data ważności dok. tożsamości

Adres zameldowania

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Telefon Tel. kom.

E-mail

Adres korespondencyjny *Prosimy wypełnić, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż adres zameldowania.*

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Zawód wykonywany (branża, zajmowane stanowisko)

Czy obecnie uprawia Pan/Pani sport/hobby? TAK – rekreacyjnie TAK – zawodowo TAK – wyczynowo NIE

Jeżeli tak to jaki? Jak często?

Dane Ubezpieczonego Dziecka 1	
Imię _____	Nazwisko _____
Data urodzenia	____ ____ _____
Kraj urodzenia	_____
PESEL	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Obywatelstwa _____	(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)
Typ dok. tożsamości _____	
Seria i nr dok. toż.	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Data ważności dok. toż.	____ ____
Adres zameldowania	
<input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego 1 <input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego 2	
<input type="checkbox"/> inny _____	
Adres korespondencyjny	
<input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego 1 <input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego 2	
<input type="checkbox"/> inny _____	

Dane Ubezpieczonego Dziecka 2	
Imię _____	Nazwisko _____
Data urodzenia	____ ____ _____
Kraj urodzenia	_____
PESEL	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Obywatelstwa _____	(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)
Typ dok. tożsamości _____	
Seria i nr dok. toż.	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Data ważności dok. toż.	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Adres zameldowania	
<input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego 1 <input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego 2	
<input type="checkbox"/> inny _____	
Adres korespondencyjny	
<input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego 1 <input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego 2	
<input type="checkbox"/> inny _____	

PRZEDSTAWICIEL UBEZPIECZONEGO

(Wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest osoba niepełnoletnia, a przedstawiciel nie jest Ubezpieczającym)

Imię (imiona)	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		
Nazwisko	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		
PESEL	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	Data urodzenia	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Obywatelstwa _____		Kraj urodzenia	_____
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)			
Typ dokumentu tożsamości _____	Seria i nr dok. tożsamości	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	
Data ważności dok. tożsamości	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____		

Pełnomocnictwo dla Ubezpieczającego

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich wcześniej ze mną uzgodnionych oświadczeń woli koniecznych do zmiany (także w zakresie sumy ubezpieczenia) umowy ubezpieczenia na życie, zawartej na moją rzecz na podstawie niniejszego wniosku.

Czytelny podpis Ubezpieczonego 2

Czytelny podpis Ubezpieczonego Dziecka ...
(przedstawiciela ustawowego, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Czytelny podpis Ubezpieczonego Dziecka ...
(przedstawiciela ustawowego, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

II. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ.

PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA W UMOWIE DODATKOWEJ

W przypadku zawarcia umowy dodatkowej (na rzecz dotychczasowych lub nowych Ubezpieczonych/ Ubezpieczonych Dzieci) prosimy zaznaczyć X w polu ZAWARCIE.

W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia/ świadczenia dziennego w dotychczasowej umowie, prosimy zaznaczyć X w polu PODWYŻSZENIE.

Wówczas w kolumnie „Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dziennie” prosimy podać wyłącznie wartość, o którą Klient chce podwyższyć dotychczasową sumę ubezpieczenia/ świadczenie dziennie, a w kolumnie „Składka ochronna dla wybranej częstotliwości” – wyłącznie kwotę podwyższenia składki.

Umowy dodatkowe

Zawarcie	Ubezpieczony 1	<input type="checkbox"/> zwykła za zawód/hobby					
	Wiek Ubezpieczonego 1 w dniu podpisania wniosku: _____ lat/a						
Podwyższenie	Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dziennie	Składka ochronna dla wybranej częstotliwości				
	<input type="checkbox"/> TER <input type="checkbox"/> palenie czas trwania _____ lat/lata (wymagany przy zawarciu)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TERM5 <input type="checkbox"/> palenie						
		Lata polisowe	Składka	Lata polisowe	Składka	Lata polisowe	Składka
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DNWK						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DWR3		_____ zł miesięcznie przez _____ lat/a				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPZ3						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPZR2						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CAR		zgodnie z warunkami umowy dodatkowej				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ASSO		zgodnie z warunkami umowy dodatkowej				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ADL2						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PWSR2						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LOPR2						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UNZS2						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UNZSS						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ASSW		zgodnie z warunkami umowy dodatkowej				
	<input type="checkbox"/> DNW						
	<input type="checkbox"/> DPZ						
	<input type="checkbox"/> DPZR						
	<input type="checkbox"/> ADL						
	<input type="checkbox"/> PWS						
	<input type="checkbox"/> PWSR						
	<input type="checkbox"/> LOP						
	<input type="checkbox"/> LOPR						
	<input type="checkbox"/> UNZS						
	<input type="checkbox"/> UNZP						
	<input type="checkbox"/> DWR2						
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczonego 1 po 5% niższe za roczną częstotliwość							

Umowy dodatkowe

Zawarcie	Ubezpieczony 2	<input type="checkbox"/> zwykła za zawód/hobby					
	Wiek Ubezpieczonego 1 w dniu podpisania wniosku: _____ lat/a						
Podwyższenie	Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dziennie	Składka ochronna dla wybranej częstotliwości				
	<input type="checkbox"/> TER <input type="checkbox"/> palenie czas trwania _____ lat/lata (wymagany przy zawarciu)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TERM5 <input type="checkbox"/> palenie						
		Lata polisowe	Składka	Lata polisowe	Składka	Lata polisowe	Składka
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DNWK						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DWR3		_____ zł miesięcznie przez _____ lat/a				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPZ3						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPZR2						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CAR		zgodnie z warunkami umowy dodatkowej				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ASSO		zgodnie z warunkami umowy dodatkowej				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ADL2						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PWSR2						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LOPR2						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UNZS2						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UNZSS						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ASSW		zgodnie z warunkami umowy dodatkowej				
	<input type="checkbox"/> DNW						
	<input type="checkbox"/> DPZ						
	<input type="checkbox"/> DPZR						
	<input type="checkbox"/> ADL						
	<input type="checkbox"/> PWS						
	<input type="checkbox"/> PWSR						
	<input type="checkbox"/> LOP						
	<input type="checkbox"/> LOPR						
	<input type="checkbox"/> UNZS						
	<input type="checkbox"/> UNZP						
	<input type="checkbox"/> DWR2						
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczonego 1 po 5% niższe za roczną częstotliwość							

Zawarcie	Podwyższenie	Ubezpieczone Dziecko 1		
		Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dzienne dla PWS	Składka ochronna dla wybranej częstotliwości
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TERD	100 zł	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD2		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DCAR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DASSO	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPWSR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DLOPR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUNZS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUNZSS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DASSW	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUN		
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczone Dziecko ... po 5% niższe za roczną częstotliwość				

Zawarcie	Podwyższenie	Ubezpieczone Dziecko 2		
		Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dzienne dla PWS	Składka ochronna dla wybranej częstotliwości
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TERD	100 zł	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD2		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DCAR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DASSO	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPWSR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DLOPR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUNZS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUNZSS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DASSW	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUN		
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczone Dziecko ... po 5% niższe za roczną częstotliwość				

Dodatkowa składka ochronna do zapłaty

Dodatkowa składka ochronna po 5% niższe za roczną częstotliwość – SUMA za wszystkich Ubezpieczonych oraz Ubezpieczone Dzieci (do zapłaty zgodnie z wybranym cyklem opłacania składek)	
Szacowana wysokość pierwszej dodatkowej składki ochronnej należnej za okres od _____ do _____ – SUMA za wszystkich Ubezpieczonych oraz Ubezpieczone Dzieci (UWAGA: Ochrona ubezpieczeniowa zgodnie ze zmienionym zakresem rozpocznie się od dnia wskazanego w aneksie do polisy. Jeśli, zgodnie z aneksem do polisy, ochrona rozpocznie się później w stosunku do daty wskazanej powyżej, a pierwsza dodatkowa składka zostanie uiszczona w kwocie szacowanej to nadpłacona część składki zostanie zaliczona na poczet kolejnych płatności)	

Deklaracja dobrego stanu zdrowia Ubezpieczonego

przy zawieraniu umowy ubezpieczenia z sumą na umowie głównej 5 000 zł z umowami: Śmierć wskutek wypadku albo wypadku komunikacyjnego, Opieka medyczna bez granic, Assistance, Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku.

1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

- a. rozpoznano u Pana/Pani lub leczył/a się Pan/Pani z powodu: zawału serca, niewydolności serca, cukrzycy leczonej insuliną, nowotworu złośliwego, guza mózgu, udaru mózgu, paraliżu, niewydolności oddechowej wymagającej stosowania tlenu, niewydolności nerek wymagającej dializ, niewydolności wątroby Nie Tak
- b) przebywał/a Pan/Pani w szpitalu, lub innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w tym hospicjum, domu opieki* Nie Tak
* nie dotyczy leczenia złamań/skręceń kończyn, operacji przepukliny pachwinowej lub brzusznej, usunięcia wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, zabiegów okulistycznych, laryngologicznych oraz hospitalizacji związanych z ciążą/porodem/położeniem
- c) został odrzucony Pana/Pani wniosek o ubezpieczenie na życie Nie Tak

Jeśli TAK, prosimy o podanie dodatkowych informacji (jaka choroba została rozpoznana, kiedy, rodzaj i przebieg leczenia, czy i kiedy leczenie zostało zakończone, data i powód hospitalizacji, powód odrzucenia wniosku).

Dodatkowe wyjaśnienia:

WYZNACZENIE UPOSAŻONYCH

Prosimy wskazać wysokość świadczenia z dokładnością do 1%.

Dane Uposażonych prosimy wpisywać wyraźnie, drukowanymi literami.

W przypadku niewypełnienia poniższych tabeli przez dotychczasowych Ubezpieczonych, w mocy pozostają poprzednie dyspozycje dotyczące wskazania Uposażonych/Uposażonych Zastępczych.

Uposażeni Ubezpieczonego 1					
Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia	PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)	Pokrewieństwo z Ubezpieczonym	% świadczenia	
dot. umowy podstawowej ULTR (*UWAGA):					
Uposażeni					
1.					
2.					
3.					
Uposażeni Zastępczy					
1.					
2.					
dot. umów dodatkowych TER/TERM5 i DNW/DNWK (wskazanie Uposażonych/Uposażonych Zastępczych ma zastosowanie do wszystkich nowych i dotychczasowych umów dodatkowych TER/TERM5 i DNW/DNWK)					
Uposażeni					
1.					
2.					
3.					
Uposażeni Zastępczy					
1.					
2.					

dot. umowy dodatkowej DWR2/DWR3				
Uposażeni				
1.				
2.				
3.				
Uposażeni Zastępczy				
1.				
2.				

Uposażeni Ubezpieczonego 2				
Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia	PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)	Pokrewieństwo z Ubezpieczonym	% świadczenia
dot. umowy podstawowej ULTR (*UWAGA):				
Uposażeni				
1.				
2.				
3.				
Uposażeni Zastępczy				
1.				
2.				

dot. umów dodatkowych TER/TERM5 i DNW, DNW2, DNWK (wskazanie Uposażonych/Uposażonych Zastępczych ma zastosowanie do wszystkich nowych i dotychczasowych umów dodatkowych TER/TERM5 i DNW, DNW2, DNWK)				
Uposażeni				
1.				
2.				
3.				
Uposażeni Zastępczy				
1.				
2.				

dot. umowy dodatkowej DWR2/DWR3				
Uposażeni				
1.				
2.				
3.				
Uposażeni Zastępczy				
1.				
2.				

* W przypadku zawarcia umowy podstawowej ULTR na rachunek dwóch Ubezpieczonych świadczenie z jej tytułu zostanie wypłacone po śmierci drugiego z dwóch Ubezpieczonych, Uposażonym lub Uposażonym Zastępczym Ubezpieczonego, który zmarł drugi. W razie jednoczesnej śmierci obu Ubezpieczonych, świadczenie wypłacane jest w częściach równych Uposażonym lub Uposażonym Zastępczym wskazanym przez każdego z tych Ubezpieczonych.

III. PODWYŻSZENIE SKŁADKI PODSTAWOWEJ

Zgodnie z warunkami ubezpieczenia, proszę o zmianę wysokości składki podstawowej do kwoty: zł

Oświadczenie

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym wniosku oraz oświadczeniach o stanie zdrowia stanowiących załączniki do niniejszego wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Inflancka 4B (dalej zwaną również „Allianz”) moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nałogach, zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Allianz, dla celów podanych w treści Klauzuli informacyjnej znajdującej się poniżej. Wyrażam zgodę na to, by podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych udostępniły 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 także zgodę na wykonanie mi badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbek krwi w kierunku przeciwciał anty-HIV.

W przypadku reasekuracji ryzyka przyjętego przez Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie i uprawianych sportach/hobby firmie reasekuracyjnej Allianz SE Königinstrasse 28, 80802 München oraz firmie reasekuracyjnej Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034 Zürich, Switzerland.

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 Allianz oraz wysokości świadczenia.

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Allianz, na pisemną prośbę innych zakładów ubezpieczeń, 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 udzielenia posiadanych przez Allianz informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, w myśl przepisu art. 39 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ponadto wyrażam zgodę na zasięganie przez Allianz wyżej wymienionych informacji od innych zakładów ubezpieczeń w zakresie oraz w celu opisanym w zdaniu poprzednim.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią i zakresie pełnomocnictwa wystawionego przez TU Allianz Życie Polska S.A. agentowi, który przyjął wniosek.

Oświadczam Ubezpieczającego/Ubezpieczonego 1/Ubezpieczonego 2/Ubezpieczonego Dziecka Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku zostały mi doręczone wskazane poniżej warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych wraz z załącznikami, w tym Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, informacją Allianz o opodatkowaniu świadczeń ubezpieczeniowych i Karta Produktu.

DLA UBEZPIEZAJĄCEGO

Klauzula informacyjna (TUnZ/KI/NT/T/001/1.0)
Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4B, 00-189 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/001/2.0)
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/019/1.0)
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/020/1.0)
Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu: (TUnZ/KI/NT/T/002/2.0)
– 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 ciążyący na Administratorze (TUnZ/KI/NT/Z/004/2.0)
– wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/006/2.0)
– 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/007/2.0)
– automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawiania odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Panią/Pana wyrażna zgoda (TUnZ/KI/NT/Z/021/1.0)
– 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/011/2.0)
– wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego 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/023/1.0)
– 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/024/1.0)
– 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/025/1.0)
Podane przez Panią/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach, mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, wdrożymy odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pani/Pani danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pani praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej tych danych. Na Pana/Pani wniosek udostępnimy Panu/Pani kopię tych zabezpieczeń.
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/027/1.0)
Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Panią/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historie umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUnZ/KI/NT/Z/028/1.0)
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 wyrażna zgoda. (TUnZ/KI/NT/Z/029/1.0)
Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji Allianz SE Königinsstrasse 28, 80802 Monachium, Niemcy oraz Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034, Zurich, 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., Powszechnie 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, centrum 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/040/1.0)
Przysługuje Pani/Panu prawo do: (TUnZ/KI/NT/Z/003/1.0)
– dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUnZ/KI/NT/Z/035/1.0)
– 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/015/2.0)
– wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUnZ/KI/NT/Z/017/2.0)
– 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/036/1.0)
– przeniesienia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzaniu 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/037/1.0)
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 niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia: (TUnZ/ZD/NT/T/003/1.0)
Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich danych osobowych (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie), w tym teled adresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/ZD/NT/Z/011/1.0)

Zgody dodatkowe (TUnZ/ZD/NT/T/001/1.0)
Zgoda klienta na elektroniczną obsługę umowy ubezpieczenia (TUnZ/ZO/NT/T/001/2.0)
Chcę, aby moja umowa ubezpieczenia była obsługiwana elektronicznie, dlatego zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną (przez e-mail, SMS/MMS, internetowe konto klienckie): (TUnZ/ZO/NT/T/002/1.0)
 powiadomień o zbliżającym się terminie płatności składki (TUnZ/ZO/NT/Z/004/1.0)
 informacji o każdorazowej zmianie doręczanego Dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie wraz z załącznikami (TUnZ/ZO/NT/Z/011/2.0)
Zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną oraz telefonicznie, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, informacji, o których mowa w art. 20 ust. 2-4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej dotyczących: (TUnZ/ZO/NT/T/004/2.0)
 propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy (TUnZ/ZO/NT/Z/009/2.0)
 wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, wartości wykupu ubezpieczenia, wartości premii oraz zmianach w zakresie sumy ubezpieczenia (w zakresie, w jakim ma zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia) (TUnZ/ZO/NT/Z/010/2.0)

Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną (TUnZ/ZM/NT/T/001/1.0)
Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez: (TUnZ/ZM/NT/T/004/2.0)
 wiadomości e-mail (TUnZ/ZM/NT/Z/003/1.0)
 wiadomości sms/mms (TUnZ/ZM/NT/Z/004/1.0)
 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: (TUnZ/ZM/NT/T/002/2.0)
 marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zakończeniu umowy (TUnZ/ZM/NT/Z/001/2.0)
 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/002/2.0)
 udostępnianie 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. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę (TUnZ/ZM/NT/Z/008/2.0)

DLA UBEZPIECZONEGO

Klauzula informacyjna (TUnZ/KI/NT/T/001/1.0)
Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4B, 00-189 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/001/2.0)
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/019/1.0)
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/020/1.0)
Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu: (TUnZ/KI/NT/T/002/2.0)
– 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 ciążyący na Administratorze (TUnZ/KI/NT/Z/004/2.0)
– wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/006/2.0)
– 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/007/2.0)
– automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawiania odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Panią/Pana wyrażna zgoda (TUnZ/KI/NT/Z/021/1.0)
– 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/011/2.0)

– 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/023/1.0)

– 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/024/1.0)

– 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/025/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach, mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, wdrożymy odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pana/Pani danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne. Powyższe środki służą realizacji Pana/Pani praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej tych danych. Na Pana/Pani wniosek udostępniemy Panu/Pani kopię tych zabezpieczeń.

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/027/1.0)

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/028/1.0)

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

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji Allianz SE Königinnstrasse 28, 80802 Monachium, Niemcy oraz Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034, Zurich, 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., Powszeczne 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, centrum 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/040/1.0)

Przysługuje Pani/Panu prawo do: (TUnZ/KI/NT/Z/003/1.0)

– dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUnZ/KI/NT/Z/035/1.0)

– 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/015/2.0)

– wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUnZ/KI/NT/Z/017/2.0)

– 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/036/1.0)

– 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 przelać innemu administratorowi danych (TUnZ/KI/NT/Z/037/1.0)

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 niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia: (TUnZ/ZD/NT/T/003/1.0)

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/010/1.0)

Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnienie moich danych osobowych (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie), w tym teleadresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu obsługi i wykonywania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/ZD/NT/Z/011/1.0)

Warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umów dodatkowych zawartych na podstawie niniejszego wniosku:

- TER, TERMS – Terminowe ubezpieczenie na życie, Bezterminowe ubezpieczenie na życie – Warunki umowy dodatkowej OWU/TERM/2/2024
- DNWK – Śmierć wskutek wypadku albo wypadku komunikacyjnego: Warunki umowy dodatkowej – Śmierć wskutek wypadku albo wypadku komunikacyjnego OWU/DNWK/2/2024
- DPZ3, DPZR2, DZD2 – Poważne zachorowania: Warunki umowy dodatkowej – Poważne zachorowania OWU/DPZ/2/2024
- ADL2 – Utrata samodzielności: Warunki umowy dodatkowej – Utrata samodzielności OWU/ADL/2/2024
- PWSR2, DPWSR – Leczenie w szpitalu: Warunki umowy dodatkowej – Leczenie w szpitalu OWU/PWSR/2/2024
- LOPR2, DLOPR – Zabiegi operacyjne: Warunki umowy dodatkowej – Zabiegi operacyjne OWU/LOPR/2/2024
- DWR3 – Miesięczna renta w razie śmierci Ubezpieczonego: Warunki umowy dodatkowej – Miesięczna renta w razie śmierci Ubezpieczonego OWU/DWR/2/2024
- CAR, DCAR – Opieka medyczna bez granic: Warunki umowy dodatkowej Opieka medyczna bez granic OWU/CAR/2/2024
- UNZS2, UNZSS, DUNZS, DUNZSS – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku: Warunki umowy dodatkowej – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku OWU/UNZS/2/2024
- TERD – Ubezpieczenie na życie dziecka: Warunki umowy dodatkowej – Ubezpieczenie na życie dziecka OWU/TERD/2/2024
- ASSW, DASSW – Assistance wypadkowy: Warunki umowy dodatkowej – Assistance wypadkowy OWU/ASSW/3/2024
- ASSO, DASSO – Assistance onkologiczny: Warunki umowy dodatkowej – Assistance onkologiczny OWU/ASSO/2/2024
- Tabela limitów do ubezpieczenia Plan na dziś i jutro zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 38/2021

Wyjaśnienia pozostałych kodów użytych w niniejszym formularzu:

- DNW2 – Śmierć wskutek wypadku
- DPZ2 – Poważne zachorowania (wariant standard)
- DPZR – Poważne zachorowania (wariant komfort)
- ADL – Niezdolność do samodzielnej egzystencji
- PWS – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku
- PWSR – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby
- LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku
- LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby
- DWR2 – Renta miesięczna w razie śmierci Ubezpieczonego
- ASSR – Allianz Assistance
- UNZS – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku (wariant standardowy)
- UNZP – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku (wariant progresywny)
- CA, CAD – Allianz Best Doctors
- DZD – Poważne zachorowania dziecka
- DPS – Pobyt w szpitalu dziecka
- DUN – Uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka

Ubezpieczający

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczony 1

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczony 2

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczone Dziecko ...

(Przedstawiciel ustawowy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Ubezpieczone Dziecko ...

(Przedstawiciel ustawowy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Data

Agent/Broker Ubezpieczeniowy

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Podpis

Data