

## Formularz wznowieniowy

Dotyczy: polisy nr \_\_\_\_\_  
 Nr Agenta \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko Agenta \_\_\_\_\_  
 Nr i nazwa oddziału \_\_\_\_\_

## Ubezpieczający

## Typ podmiotu

osoba fizyczna  osoba prawna  jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej  
 (w przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk – Dane osoby reprezentującej podmiot lub daną osobę fizyczną)

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

Imię (imiona)/nazwa firmy \_\_\_\_\_

Nazwisko/nazwa firmy cd. \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_

Typ dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Nr dok. tożsamości \_\_\_\_\_

Obywatelstwo \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_

NIP\* \_\_\_\_\_ PKD wiodąca \_\_\_\_\_

KRS/RHB \_\_\_\_\_ Liczba zatrudnionych osób \_\_\_\_\_

Obrót roczny w ostatnim roku obrachunkowym:  do 3 mln  do 40 mln  pow. 40 mln

## Adres korespondencyjny

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Tel. stacjonarny \_\_\_\_\_ Tel. kom. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_

## Ubezpieczony

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

Imię (imiona) \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_

Typ dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Nr dok. tożsamości \_\_\_\_\_

Obywatelstwo \_\_\_\_\_

## Adres korespondencyjny

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Tel. stacjonarny \_\_\_\_\_ Tel. kom. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_

Wykształcenie  podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe Zawód wyuczony \_\_\_\_\_

Zawód wykonywany (Prosimy o podanie szczegółów dotyczących branży oraz zajmowanego stanowiska) \_\_\_\_\_

Rodzaj zatrudnienia:  umowa o pracę  własna działalność gospodarcza  inny (jaki) \_\_\_\_\_

Czy wykonuje Pan/Pani prace fizyczne?  TAK  NIE Czy obsługuje Pan/Pani maszyny budowlane/przemysłowe/rolnicze?  TAK  NIE

Czy pracuje Pan/Pani na wysokościach?  TAK  NIE Maksymalna wysokość, na jakiej Pan/Pani pracuje  do 6 m  7-30 m  pow. 30 m

Czy prowadzi Pan/Pani samochody ciężarowe (pow. 3,5 T)?  TAK  NIE

Czy prowadzi Pan/Pani samochód osobowy?  TAK  NIE Ilość przejeżdżanych kilometrów miesięcznie \_\_\_\_\_

Prosimy o podanie szczegółów dotyczących wykonywanego zawodu: czynności fizycznych, rodzaju obsługiwanych maszyn, przewożonych materiałów, informacji o innych zagrożeniach, np. promieniowanie, żrące środki chemiczne, napięcie w kV, itp. \_\_\_\_\_



**Klauzula marketingowa (TUNZ003/v2.2):**

Wyrażam dobrowolną zgodę\*\* na udostępnianie moich danych, w tym danych osobowych, zawartych w niniejszym dokumencie oraz 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.

**Ubezpieczający\*\***  Nie wyrażam zgody. **Ubezpieczony\*\***  Nie wyrażam zgody.

Uwagi dodatkowe

\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_

\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczającego zgodny ze wzorem  
we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym  
dokumentem tożsamości\*\*\*

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczonego zgodny ze wzorem  
we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym  
dokumentem tożsamości

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć Przedstawiciela TU Allianz Życie Polska S.A.

\* W przypadku osób fizycznych numer NIP wymagany jest jedynie od osób prowadzących działalność gospodarczą lub będących zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług.

\*\* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok.

\*\*\* W przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej lub reprezentanta.