

Formularz wznowieniowy dla umowy ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (ULC)

Dotyczy: polisy nr _____
 Nr Agenta _____ Imię i nazwisko Agenta _____
 Nr i nazwa oddziału _____

Pierwszy 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. _____

Drugi 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. _____

Ubezpieczający

jak dane Pierwszego Ubezpieczonego jak dane Drugiego Ubezpieczonego

Prosimy wypełnić, jeśli Ubezpieczającym nie jest ani Pierwszy, ani Drugi Ubezpieczony.

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 _____

Ubezpieczone Dziecko

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

PESEL _____ Data urodzenia (d-m-r) _____

Typ dokumentu tożsamości _____ Nr dok. tożsamości _____

Obywatelstwo _____ Stopień pokrewieństwa z Pierwszym Ubezpieczonym _____

Adres korespondencyjny

jak adres Pierwszego Ubezpieczonego jak adres Drugiego Ubezpieczonego

Prosimy wypełnić, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż adres korespondencyjny Pierwszego lub Drugiego Ubezpieczonego.

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. kom. _____

E-mail _____ Faks _____

Tryb opłacania składek

- gotówka przelew
- polecenie zapłaty obowiązujące od pierwszej należnej składki po wznowieniu umowy zgoda dołączona do formularza
- polecenie zapłaty w celu wznowienia umowy (pobranie zaległych składek i opłaty wznowieniowej) oraz przyszłych należnych składek zgoda dołączona do formularza

Indeksacja

Prosimy o zaznaczenie decyzji odnośnie indeksacji dotyczącej ostatniej rocznicy polisy zgodnie z obowiązującym w Allianz najniższym wskaźnikiem indeksacji (ULC). Informujemy, że nie zaznaczenie odpowiedzi traktujemy jako odmowę propozycji indeksacji:

- Wyrażam zgodę na indeksację składki. Nie wyrażam zgody na indeksację składki.

Pełnomocnictwo Pierwszego Ubezpieczonego

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 formularza.

 Data _____ Miejscowość _____ Podpis Ubezpieczonego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym dokumentem tożsamości

Pełnomocnictwo Drugiego Ubezpieczonego

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 formularza.

 Data _____ Miejscowość _____ Podpis Ubezpieczonego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym dokumentem tożsamości

Oświadczenie

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym formularzu oraz oświadczeniach o stanie zdrowia stanowiących załączniki do niniejszego formularza 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 zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i moich dzieci, w tym danych o stanie zdrowia oraz nalogach i upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o stanie zdrowia moim i moich dzieci, w tym również po mojej lub ich śmierci, a TU Allianz Życie Polska S.A. do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących fizycznego i psychicznego stanu zdrowia mojego lub moich dzieci u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am bądź będę zasięgał/a porad lub przez którego byłem/am bądź będę badany/a/ albo leczony/a (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych: tj. przychodni, szpitali, itp.). Wyrażam zgodę na wykonanie badań laboratoryjnych moich lub moich dzieci włącznie z pobraniem próbki krwi w kierunku przeciwciał anti-HIV.

W przypadku reasekuracji zawartej ze mną umowy wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych moich lub moich dzieci, w tym danych o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie i uprawianych sportach/hobby firmie reasekuracyjnej Allianz AG Königinstr. 28, 80802 München.

Przyjmuję również do wiadomości, iż do dnia zaakceptowania ryzyka TU Allianz Życie Polska S.A. ponosi odpowiedzialność jedynie w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku osoby wymienionej w niniejszym wniosku jako „Ubezpieczony” na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na udostępnianie na pisemną prośbę innych zakładów ubezpieczeń, zakładów opieki zdrowotnej oraz lekarzy informacji dotyczących danych osobowych moich i moich dzieci 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 Allianz informacji o przyczynie śmierci mojej lub moich dzieci 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. Jednocześnie upoważniam inne zakłady ubezpieczeń do udzielenia TU Allianz Życie Polska S.A., a TU Allianz Życie Polska S.A. do zasięgnięcia w/w informacji w zakresie oraz w celu opisanym w zdaniu poprzednim. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią i zakresem pełnomocnictwa wystawionego przez TU Allianz Życie Polska S.A. agentowi, który przyjął wniosek. Niniejszym wyrażam zgodę na odstąpienie przez TU Allianz Życie Polska S.A. od zwrotu nadpłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości nie przekraczającej 4 zł (słownie: cztery złote). W przypadku nadpłaty pierwszej składki powyżej tolerancji (4 zł) wyrażam zgodę na pomniejszenie kolejnej płatności o nadpłaconą kwotę pierwszej składki.

Oświadczam, że otrzymałem/am aktualną na dzień zawarcia umowy informację Allianz o opodatkowaniu świadczeń ubezpieczeniowych, stanowiącą integralną część zawartej przeze mnie umowy ubezpieczenia.

Oświadczam także, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia doręczono mi zostały ogólne warunki ubezpieczenia, zapoznałem/am się z ich treścią i po uzyskaniu wyjaśnień agenta wynegocjowałem/am i wybrałem/am najodpowiedniejszy dla siebie wariant umowy.

Klauzula informacyjna:

Informujemy, że:

Dane osobowe podane w niniejszym formularzu:

- będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administradora danych) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu oceny ryzyka i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia oraz późniejszej obsługi tej umowy i jej wykonania, w celu analitycznym oraz w celu 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.
- nie będą nikomu udostępniane, za wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielenia informacji określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony/Ubezpieczający wyraził na to pisemną zgodę.

W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody w ramach klauzuli marketingowej Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Allianz Polska Otwarternu Funduszowi Emerytalnemu zarządzanemu przez Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz 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”. Ma Pani/Pan 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.

W przypadku zawierania przez Panią/Pana umowy ubezpieczenia w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą wyrażona poniżej zgoda w ramach klauzuli marketingowej dotyczy ujawniania danych reprezentowanego przez Panią/Pana podmiotu i obejmuje zwolnienie z tajemnicy ubezpieczeniowej na rzecz pozostałych Spółek Grupy Allianz Polska.

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. **Pierwszy Ubezpieczony**** Nie wyrażam zgody. **Drugi Ubezpieczony**** Nie wyrażam zgody.

Uwagi dodatkowe

Data

Miejscowość

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

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

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

Podpis Ubezpieczonego Dziecka/ Przedstawiciela ustawowego**** 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.

**** W przypadku gdy Ubezpieczone Dziecko jest niepełnoletnie.

