

# Wniosek o zawarcie umów

Grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna

Ubezpieczenia pracodawcy – medycyna pracy

## Dane Ubezpieczającego

Pełna nazwa \_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_

Adres

Ulica \_\_\_\_\_

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

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ – Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_ Polska

Numer telefonu \_\_\_\_\_ Numer faksu \_\_\_\_\_

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

Nazwa banku, numer i siedziba oddziału

Numer konta

## Dane osoby obsługującej u Pracodawcy

Imię (imiona) \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

Stanowisko \_\_\_\_\_

Numer telefonu (faks) \_\_\_\_\_

Charakter prowadzonej działalności

## Dane dotyczące ubezpieczenia

Ubezpieczenie na koszt

Ubezpieczającego (Pracodawcy)

Ubezpiezonego (Pracownika)

Liczba osób zatrudnionych u Ubezpieczającego \_\_\_\_\_

Allianz Opieka Zdrowotna		
	W Pakiecie Indywidualnym	W Pakiecie Rodzinnym
w tym przystępujących do umowy ubezpieczenia		
Liczba zgłoszonych członków rodzin Głównego Ubezpiezonego		
Całkowita liczba osób przystępujących do umowy ubezpieczenia		

Ubezpieczenie pracodawcy – medycyna pracy	
w tym liczba pracowników zadeklarowanych Allianz od 1 dnia miesiąca początku ochrony ubezpieczeniowej	

Allianz Opieka Zdrowotna										
Nazwa pod-grupy	Wariant ubezpieczenia*					Dodatkowe umowy ubezpieczenia			Ilość	
	Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP	Chirurgia jednego dnia	Rehabilitacja medyczna	Stomatologia	Pakietów Indywidualnych	Pakietów Rodzinnych
Z 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Z 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Z 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Z 04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Z 05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Z 06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Z 07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

\* Do każdego wariantu ubezpieczenia dołączona dodatkowa umowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpiezonego oraz jego Rodziny

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 347 080 000 złotych (wpłacony w całości).

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 630 000 złotych (wpłacony w całości).

Suma ubezpieczenia na życie 1000 zł (dotyczy ubezpieczenia Allianz Opieka Zdrowotna)

Proponowany początek ochrony ubezpieczeniowej (d-m-r) 0 1

Zniżka za sprzedaż wiążaną, numer polisy \_\_\_\_\_ Zniżka \_\_\_\_\_ %

Częstotliwość opłacania składek  Miesięczna  Kwartalna  Półroczna  Roczna

#### Załączniki – Allianz Opieka Zdrowotna:

- raport stanu osobowego Allianz Opieka Zdrowotna
- deklaracje przystąpienia \_\_\_\_\_ egzemplarzy
- oferta kwotacyjna nr \_\_\_\_\_
- pismo o odstąpieniu od o.w.u.
- inne \_\_\_\_\_

Wniosek jest ważny wyłącznie z załącznikami

#### Załączniki – medycyna pracy:

- raport stanu osobowego ubezpieczenie pracodawcy – medycyna pracy
- ankieta ubezpieczenia pracodawcy – medycyna pracy
- oferta kwotacyjna nr \_\_\_\_\_
- pismo o odstąpieniu od o.w.u.
- inne \_\_\_\_\_

Wniosek jest ważny wyłącznie z załącznikami

#### Miejsce na uwagi

#### Oświadczenia Ubezpieczającego

Proszę o przesyłanie w każdą rocznicę polisy kompletu druków do opłacania składki.  tak  nie  
Brak wskazania oznacza rezygnację z kompletu druków do opłacania składki.

Niniejszym potwierdzam, że wszystkie informacje podane we wniosku i dane podane do oceny ryzyka ubezpieczeniowego są pełne i prawdziwe. Jednocześnie oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałam/em ogólne warunki (prosimy o zaznaczenie X wybranego pola poniżej):

- ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna oraz ogólne warunki odpowiednich umów dodatkowych (zgodnie z zakresem ubezpieczenia),
  - ubezpieczenia pracodawcy – medycyna pracy
- obowiązujące w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i zapoznałem się z ich treścią.

Niniejszym oświadczam, iż poinformuję osoby przystępujące do zawartej na podstawie niniejszego wniosku umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna o treści wynikającej z ogólnych warunków ubezpieczenia.

Jednocześnie wyrażam zgodę aby niniejszy dokument został przedłożony TU Allianz Życie Polska S. A do realizacji umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego i TU Allianz Polska S.A. do realizacji umowy ubezpieczenia pracodawcy – medycyna pracy.

Niniejsze oświadczenie stanowi zwolnienie z tajemnicy ubezpieczeniowej w rozumieniu art. 19 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz U z 2003 r. Nr 124, poz. 1151 ze zm.) w zakresie danych objętych niniejszym dokumentem.

#### Klauzula informacyjna:

Informujemy, że dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administrator danych każdy w swoim zakresie) każdy z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu obsługi i wykonania umowy, 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.

W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody w ramach klauzuli marketingowej Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Polska S.A., Allianz Polska Otwartemu Funduszowi Emerytalnemu zarządzanemu przez Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Bank 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 (TU/TUNZ/001/v2.0):

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 niezawarcia umowy lub po jej rozwiązaniu.

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

- Nie wyrażam zgody.

#### Dobrowolne oświadczenie Ubezpieczającego:

Wyrażam zgodę\* na przetwarzanie danych Ubezpieczającego (jego nazwy/firmy) przez TU Allianz Polska S.A. i/lub przez TU Allianz Życie Polska S.A. w celach marketingowych i akwizycyjnych poprzez udostępnienie informacji o fakcie zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia potencjalnym klientom TU Allianz Polska S.A. i/lub TU Allianz Życie Polska S.A. Niniejsza zgoda nie upoważnia do podawania informacji innych, niż dotyczące faktu zawarcia umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie wysokości składki lub czasu trwania umowy.

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

- Nie wyrażam zgody.

Kod agenta/brokera \_\_\_\_\_

Kod oddziału \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko oraz podpis agent/brokera

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczającego