Allianz

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla osób zgłaszanych do ubezpieczenia w formie Pakietu Rodzinnego

Numer wniosku 5 lub Numer polisy 9 1 /

☐ Program Allianz Opieka Zdrowotna

Numer podgrupy Z

Wariant: ☐ Mini ☐ Optimum ☐ Komfort ☐ Maximum ☐ Prestige VIP

☐ Program _____ (nazwa programu) Wariant _____

Dane Ubezpieczającego

Pełna nazwa Pracodawcy

Pieczątka

1. Dane Głównego Ubezpieczonego

Wykaz imienny (numer/rok/pozycja) /P/ / ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Imię (imiona)

Nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL lub numer paszportu

Data zatrudnienia (d-m-r)

Opis stanowiska pracy

Adres zameldowania

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Tel. stacjonarny Tel. kom.

E-mail

Adres do korespondencji – jeżeli jest inny niż adres zameldowania

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Dane Uposażonych

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia (d-m-r)	Stopień pokrewieństwa	% świadczenia
1.				
2.				

Oświadczam, iż byłem/am wcześniej ubezpieczony/a w umowie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Polisa nr 9 1 / data końca ochrony (d-m-r)

Do ubezpieczenia zgłoszeni zostają następujący członkowie mojej rodziny:

2. Dane Ubezpieczonego – rodziny Głównego Ubezpieczonego

Wykaz imienny (numer/rok/pozycja) /P/ / ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym

Imię (imiona)

Nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL lub numer paszportu

Tel. stacjonarny Tel. komórkowy

Dane Uposażonych

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia (d-m-r)	Stopień pokrewieństwa	% świadczenia
1.				
2.				

Oświadczam, iż byłem/am wcześniej ubezpieczony/a w umowie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Polisa nr 9 1 / data końca ochrony (d-m-r)

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).

GZAOZPR-DE01 05/09

3. Dane Ubezpieczonego – rodziny Głównego Ubezpieczonego

Wykaz imienny (numer/rok/pozycja) ____ /P/ ____ / ____ ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym _____

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

Data urodzenia ____ ____ ____ Miejsce urodzenia _____

PESEL _____ lub numer paszportu _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. komórkowy _____

Dane Uposażonych

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia (d-m-r)	Stopień pokrewieństwa	% świadczenia
1.				
2.				

Oświadczam, iż byłem/am wcześniej ubezpieczony/a w umowie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Polisa nr 9 1 / _____ data końca ochrony (d-m-r) ____ ____ ____

4. Dane Ubezpieczonego – rodziny Głównego Ubezpieczonego

Wykaz imienny (numer/rok/pozycja) ____ /P/ ____ / ____ ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym _____

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

Data urodzenia ____ ____ ____ Miejsce urodzenia _____

PESEL _____ lub numer paszportu _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. komórkowy _____

Dane Uposażonych

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia (d-m-r)	Stopień pokrewieństwa	% świadczenia
1.				
2.				

Oświadczam, iż byłem/am wcześniej ubezpieczony/a w umowie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Polisa nr 9 1 / _____ data końca ochrony (d-m-r) ____ ____ ____

5. Dane Ubezpieczonego – rodziny Głównego Ubezpieczonego

Wykaz imienny (numer/rok/pozycja) ____ /P/ ____ / ____ ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym _____

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

Data urodzenia ____ ____ ____ Miejsce urodzenia _____

PESEL _____ lub numer paszportu _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. komórkowy _____

Dane Uposażonych

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia (d-m-r)	Stopień pokrewieństwa	% świadczenia
1.				
2.				

Oświadczam, iż byłem/am wcześniej ubezpieczony/a w umowie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Polisa nr 9 1 / _____ data końca ochrony (d-m-r) ____ ____ ____

	Adres zamieszkania członków rodziny Głównego Ubezpieczonego *
2. Ubezpieczonego	
3. Ubezpieczonego	
4. Ubezpieczonego	
5.Ubezpieczonego	

* Prosimy podać adres zamieszkania jeżeli jest inny niż adres Głównego Ubezpieczonego

Deklaracja przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego
Ja niżej podpisany (a), oświadczam, że z dniem wymienionym poniżej przy podpisie dobrowolnie przystępuję do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. Oświadczam, że zapoznałem się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia oraz ogólnymi warunkami ubezpieczenia odpowiednich umów dodatkowych (zgodnie z zakresem ubezpieczenia) stanowiących podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia zawieranej na moją rzecz, przedstawionymi mi przez Ubezpieczającego oraz wyrażam zgodę na wskazaną we wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego wysokość sumy ubezpieczenia, która została mi przedstawiona przez Ubezpieczającego.

Dotyczy członków rodziny Głównego Ubezpieczonego
Udzielam Głównemu Ubezpieczonemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie wobec TU Allianz Życie Polska S.A. i Ubezpieczającego we wszystkich czynnościach związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia, do której niniejszym przystępuję, w tym do odbierania korespondencji i składania wszelkich oświadczeń woli w moim imieniu.

Oświadczenia końcowe
Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, a TU Allianz Życie Polska S.A. do zasięgania informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem (am) porad lub przez którego byłem (am) badany (a) lub leczony (a). Powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych, w szczególności przychodni i szpitali.

UWAGA! Deklaracja musi być podpisana przez wszystkie osoby przystępujące do ubezpieczenia wg kolejności zgłoszeń Ubezpieczonych. Za niepełnoletnie dziecko deklarację podpisuje jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy swoim imieniem i nazwiskiem.

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody	☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody	☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody	☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody	☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody

na udostępnianie na pisemną prośbę innych zakładów ubezpieczeń informacji dotyczących 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 udzielania przez TU Allianz Życie Polska S.A. informacji o przyczynie mojej śmierci 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. Brak wskazania oznacza niewyrażenie zgody na udostępnienie informacji innym zakładom ubezpieczeń.

Podpis 1. Głównego Ubezpieczonego	Podpis 2. Ubezpieczonego	Podpis 3. Ubezpieczonego	Podpis 4. Ubezpieczonego	Podpis 5. Ubezpieczonego
data i podpis	data i podpis	data i podpis	data i podpis	data i podpis

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich oświadczeń woli, wcześniej ze mną uzgodnionych, koniecznych do zmiany, w tym także sumy ubezpieczenia, zawartej na moją rzecz umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, do której niniejszym przystępuję. Pełnomocnictwo to obejmuje również umocowanie do wyrażania zgody w moim imieniu na przedłużanie, w tym również na zmienionych warunkach, umowy ubezpieczenia na kolejne okresy roczne w formie i na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Podpis Głównego Ubezpieczonego
data i podpis

Miejscowość _____ Data __ __ __ __ __ __ __ __ Podpis Ubezpieczającego/Pełnomocnika[1] _____

Data __ __ __ __ __ __ __ __ Podpis agenta/brokera _____

[1] Podpisuje osoba umocowana przez Ubezpieczającego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Klauzula informacyjna:
Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administrator danych) 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 oraz przez współpracujące z TU Allianz Życie Polska S.A. podmioty, w tym placówki medyczne w celu obsługi i wykonania umowy. 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 Powszechne 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	☐ Nie wyrażam zgody	☐ Nie wyrażam zgody	☐ Nie wyrażam zgody	☐ Nie wyrażam zgody
Podpis 1. Głównego Ubezpieczonego	Podpis 2. Ubezpieczonego	Podpis 3. Ubezpieczonego	Podpis 4. Ubezpieczonego	Podpis 5. Ubezpieczonego
data i podpis	data i podpis	data i podpis	data i podpis	data i podpis