

Wniosek o zawarcie umowy indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego – strona 1 z 4

Numer Wniosku

Indeks o.w.u.	Nazwa Programu
IM _____	Moje Zdrowie

Dane Ubezpieczającego

Typ podmiotu* osoba fizyczna osoba prawna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej
 Płeć kobieta mężczyzna
 Imię (imiona)/nazwa firmy _____
 Nazwisko/nazwa firmy cd. _____
 PESEL _____ Data urodzenia _____
 Typ dokumentu tożsamości _____ Seria i 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 zameldowania / siedziba firmy

Ulica _____
 Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____
 Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____
 Tel. stacjonarny _____ Tel. kom. _____
 E-mail _____ Faks _____

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania /siedziby)

Ulica _____
 Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____
 Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

* w przypadku osób prawnych oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk zawierający dane osoby reprezentującej podmiot lub daną osobę fizyczną

Rachunek bankowy, na który zostaną przebrane środki z tytułu rozliczeń w ramach umowy ubezpieczenia (np. z tytułu zwrotu składki, itp.)

Właściciel rachunku _____
 Nr rachunku _____

Dane Ubezpieczonych

1. Dane Ubezpieczonego / Głównego Ubezpieczonego

jak dane Ubezpieczającego

Prosimy wypełnić, jeśli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym.

Płeć K M Stan cywilny panna/kawaler zamężna/żonaty rozwiedziona/rozwiedziony wdowa/wdowiec
 Imię (imiona) _____
 Nazwisko _____
 PESEL _____ Data urodzenia _____
 Typ dokumentu tożsamości _____ Seria i nr dok. tożsamości _____
 Obywatelstwo/-a _____

Adres zameldowania

Ulica _____
 Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____
 Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____
 Tel. stacjonarny _____ Tel. kom. _____
 E-mail _____ Faks _____

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania)

Ulica _____
 Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____
 Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

**wypełnić w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą lub będących zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług

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).

5. Dane Ubezpieczonego – rodziny Głównego Ubezpieczonego

Kobieta Mężczyzna Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym _____
 Stan cywilny panna/kawaler zamężna/żonaty rozwiedziona/rozwiedziony wdowa/wdowiec
 Imię (imiona) _____
 Nazwisko _____
 PESEL _____ Data urodzenia _____
 Typ dokumentu tożsamości _____ Seria i nr dok. tożsamości _____
 Obywatelstwo/-a _____
 Tel. stacjonarny _____ Tel. komórkowy _____

Dane Uposażonych

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia (d-m-r)	Stopień pokrewieństwa	% świadczenia
1.				
2.				

Oświadczam, iż byłam/łem wcześniej ubezpieczony w umowie indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego

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

	Adres zameldowania*	Adres do korespondencji*
2. Ubezpieczonego	_____	_____
3. Ubezpieczonego	_____	_____
4. Ubezpieczonego	_____	_____
5. Ubezpieczonego	_____	_____

* Prosimy podać adres zameldowania/do korespondencji jeżeli jest inny niż adres Głównego Ubezpieczonego

Dane dotyczące ubezpieczenia

Nazwa programu Moje Zdrowie _____
 Proponowany początek ochrony ubezpieczeniowej (d-m-r) 0 | 1 _____
 Wariant ubezpieczenia podstawowy rozszerzony _____ (inny – wpisać nazwę)
 Forma ubezpieczenia Pakiet Indywidualny Pakiet Rodzinny
 Suma ubezpieczenia 1000 zł

Umowa główna

- Zgon Ubezpieczonego
 Dostęp do świadczeń zdrowotnych

Umowy dodatkowe

- Leczenie w zakresie chirurgii jednego dnia¹
 Leczenie z zakresu rehabilitacji medycznej

¹ Zawarcie umowy ubezpieczenia z umową dodatkową leczenia Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia wymaga wypełnienia ankiety medycznej. Przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, gdy na podstawie uzyskanych informacji ryzyko wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, TU Allianz Życie Polska S.A. zastrzega sobie prawo do: wykluczenia z ochrony ubezpieczeniowej niektórych zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia, zmiany składki ubezpieczeniowej, niez zaakceptowania ryzyka, o czym poinformuje na piśmie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego zwracając uwagę na proponowane zmiany i wyznaczając 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

Miesięczna składka

za Ubezpieczonego (Pakiet indywidualny) _____ zł słownie _____
 za Pakiet Rodzinny _____ zł słownie _____

Częstotliwość opłacania składek miesięczna kwartalna półroczna roczna

Proszę przesyłać komplet druków do opłacania składki ubezpieczeniowej tak nie

Brak wskazania oznacza rezygnację z kompletu druków do opłacania składki.

Deklaracja przystąpienia

Ja, niżej podpisany (a), oświadczam, że z dniem wymienionym poniżej przy podpisie dobrowolnie przystępuję do umowy indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego. Oświadczam, że otrzymałem (am) aktualną na dzień zawarcia umowy informację TU Allianz Życie Polska S.A. o opodatkowaniu świadczeń ubezpieczeniowych stanowiącą integralną część zawartej przeze mnie umowy ubezpieczenia. Oświadczam także, że otrzymałem (am) zakres świadczeń zdrowotnych, ogólne warunki ubezpieczenia oraz ogólne warunki ubezpieczenia odpowiednich umów dodatkowych (zgodnie z zakresem ubezpieczenia) stanowiące podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia, oraz zapoznałem (am) się z ich treścią.

Przyjmuję do wiadomości, że zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje świadczeń zdrowotnych jeżeli potrzeba ich wykonania wynika pośrednio lub bezpośrednio z: leczenia uzależnień, leczenia niepłodności, stanu ciąży o ile został on rozpoznany przed zawarciem umowy ubezpieczenia, leczenia wad wrodzonych i wrodzonych chorób metabolicznych oraz ich następstw, cukrzycy oraz jej następstw o ile została ona rozpoznana przed zawarciem umowy ubezpieczenia, chorób nowotworowych, ich następstw i skutków leczenia o ile umowa ubezpieczenia została zawarta przed upływem 5 lat od zakończenia procesu leczenia, oraz innych wymienionych w o.w.u. (dotyczy ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego: Moje Zdrowie zatwierdzonych uchwałą Zarządu nr 111/2007 z dnia 18 lipca 2007 r.).

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 tym wniosku 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, w tym również po mojej śmierci, a TU Allianz Życie Polska S.A. do zasięgnięcia 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, szpitali. Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym teleadresowych podanych dobrowolnie przeze mnie w zakresie niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia, odbiorcą ww. danych mogą być placówki medyczne współpracujące z TU Allianz Życie Polska S.A., którym zostaną one udostępnione w celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych wynikających z umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę* na udostępnianie na piśmie prośbę innych zakładów ubezpieczeń informacji dotyczących moich danych osobowych w zakresie niezbędnym 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 uprawionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, w myśl przepisu art. 22 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

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

<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody
--	--	--	--	--

Oświadczenie 1. Ubezpieczonego/Głównego Ubezpieczonego

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 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.

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

<input type="checkbox"/> Nie udzielam				
---------------------------------------	--	--	--	--

Klauzula informacyjna:

Informujemy, że:

Dane osobowe podane w niniejszym wniosku:

- a) będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora 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.
- b) 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 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 (TUNZ003/v2.1):

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:

– obok w przypadku Ubezpieczającego Nie wyrażam zgody

– poniżej w przypadku Ubezpieczonego

<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody
--	--	--	--	--

UWAGA! Wniosek musi być podpisany przez wszystkie osoby przystępujące do ubezpieczenia wg kolejności zgłoszeń Ubezpieczonych.

Za niepełnoletnie dziecko wniosek podpisuje jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy swoim imieniem i nazwiskiem

Podpis 1. Ubezpieczonego/ 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

Kod agenta/brokera _____

Kod oddziału _____

Data

Podpis agenta/brokera

Miejscowość _____

Data

Podpis Ubezpieczającego/Pełnomocnika¹

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