

Kod kreskowy - Placówka Allianz

Kod kreskowy - Biuro Główne Allianz

DEKLARACJA OPIEKUN VIP



numer polisy

numer seryjny wniosku (dotyczy NB)

I. Dane Ubezpieczającego

nazwa firmy

pieczęć Ubezpieczającego

II. Dane Uczestnika

nazwisko

imię

drugie imię

obywatelstwo

data urodzenia

płeć K/M

PESEL

ulica (adres zamieszkania)

numer domu

numer mieszkania

kod pocztowy

mięscowość

nr telefonu

adres e-mail

rodzaj zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego

umowa

o pracę

inna forma

zatrudnienia

zawód wykonywany wraz z opisem (w szczególności pracy fizycznej)

zajmowane stanowisko wymaga:

pracy na wysokości

czynności fizyczne

obsługa wózka widłowego / maszyn budowlanych / przemysłowych / rolniczych

szczegółowy opis zawodu (w tym opis czynności fizycznych, rodzaju obsługiwanych maszyn oraz typu i ładowności pojazdów prowadzonych w ramach pracy zawodowej)

III. Parametry ubezpieczenia

Zakres, wysokość i koszt ochrony zgodnie z kwotą nr załączoną do wniosku.

Wypełnienie pkt IV i V nie jest obowiązkowe. W przypadku braku wskazania uposażonych, uprawnionymi do świadczenia z tytułu śmierci Uczestnika będą spadkobiercy ustawowi (zgodnie z OWU).

IV. Dane uposażonych głównych

1. nazwisko

% świadczenia

stopień pokrewieństwa

imię

data urodzenia

PESEL

2. nazwisko

% świadczenia

stopień pokrewieństwa

imię

data urodzenia

PESEL

V. Dane uposażonych zastępczych

1. nazwisko	<input type="text"/>	% świadczenia	<input type="text"/>	stopień pokrewieństwa	<input type="text"/>
imię	<input type="text"/>	data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
2. nazwisko	<input type="text"/>	% świadczenia	<input type="text"/>	stopień pokrewieństwa	<input type="text"/>
imię	<input type="text"/>	data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>

VI. Ankieta medyczna

I. Wywiad medyczny

1	Wzrost i waga	
a	Wzrost <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	b Waga <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
c	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy Pana(i) waga zmieniła się o co najmniej 5 kg? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Przyrost: <input type="text"/> <input type="text"/> kg Utrata: <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
	Powód przyrostu/utrąty wagi: <input type="text"/>	

2	Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) leczony(a) lub rozpoznano u Pana(i) jakąkolwiek z wymienionych chorób: W przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi na którekolwiek z poniższych pytań prosimy o podanie szczegółów oraz prosimy zaznaczyć właściwe: A – choroba aktualnie leczona, B – leczenie choroby zakończone, C – choroba dotychczas nieleczona.					
	TAK	NIE	nazwa choroby, data rozpoznania, przebieg i stosowane leczenie, data zakończenia leczenia, dane lekarza, pod opieką którego Pan(i) pozostawał(a)/pozostaje w związku z tą chorobą	A	B	C
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	padaczkę, niedowład, nagłą utratę przytomności, występowanie nieskoordynowanych ruchów, sztywność karku, stwardnienie rozsiane lub inną chorobę demielinizacyjną, polineuropatię, chorobę naczyniową układu nerwowego, dystrofię mięśniową, zapalenie centralnego układu nerwowego lub uszkodzenie nerwów obwodowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (psychozy, nerwice, zaburzenia osobowości, zaburzenia nastroju, zaburzenia na podłożu organicznym, zaburzenia rozwoju psychicznego, schizofrenia, upośledzenie umysłowe lub inne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astmę oskrzelową, alergię, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlicę płuc, zapalenie opłucnej lub inną chorobę układu oddechowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	udar mózgu, wylew krwi do mózgu, chorobę niedokrwienną serca, bóle w klatce piersiowej, wadę serca, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi lub inną chorobę serca lub układu krążenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nawracające stany biegunkowe, przewlekłą niestrawność, chorobę wrzodową żołądka lub chorobę wrzodową dwunastnicy, chorobę wątroby, chorobę pęcherzyka żółciowego, chorobę trzustki, zaburzenia czynności jelit lub inną chorobę układu pokarmowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cukrzycę, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższony cholesterol, trójglicerydy), chorobę tarczycy, chorobę przytarczyc, chorobę nadnerczy, chorobę przysadki mózgowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	choroby nerek (kamicę nerkową, zapalenie nerek, niewydolność nerek lub inne), choroby pęcherza lub choroby cewki moczowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nowotwór łagodny lub złośliwy, w tym nowotwór krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chorobę reumatyczną, toczeń układowy, bóle stawowe zwyrodnieniowe, dnę moczanową, bóle kręgosłupa, dyskopatię lub inne dolegliwości narządów ruchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chorobę skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wadę lub chorobę narządu wzroku, chorobę uszu lub zaburzenia słuchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Rozpoznanie: Dioptrie: Oko lewe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Oko prawe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wadę wrodzoną lub chorobę dziedziczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy miał(a) Pan(i): – objawy chorobowe, takie jak: bóle brzucha lub głowy o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych? – inne objawy, które wydawały się na tyle niepokojące, że ma Pan(i) zamiar lub zgłosił(a) się Pan(i) do lekarza lub na badania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy kiedykolwiek rozpoznano: – u Pani – chorobę ginekologiczną (endometriozę, przewlekłe zapalenie przydatków lub inne), – u Pana – chorobę gruczołu krokowego (przerost gruczołu krokowego lub inne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Dodatkowe informacje	TAK	NIE	
a	Czy w okresie ostatnich 10 lat był(a) Pan(i) przyjęty(a) do szpitala lub miał(a) Pan(i) zabieg chirurgiczny w placówce medycznej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z jakiego powodu? Kiedy? Jak długo trwa(y) pobyt(y) w szpitalu?
				od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b	Czy oczekuje Pan(i) na zabieg operacyjny, chirurgiczny, konsultację lekarską lub wyniki badań diagnostycznych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy ma się odbyć zabieg/konsultacja i z jakiego powodu? Jakie badania diagnostyczne?
c	Czy w okresie ostatnich 5 (pięciu) lat przyjmował(a) Pan(i) lub przyjmuje leki z zalecenia lekarza dłużej niż 30 kolejnych dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Okres przyjmowania leków? Z jakiego powodu? Nazwy leków
d	Czy w okresie ostatnich 3 lat wykonywał(a) Pan(i) badania laboratoryjne, obrazowe lub czynnościowe, których wynik wymagał dalszej obserwacji, diagnostyki lub leczenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Z jakiego powodu? Jakie badania?
e	Czy zaniechał(a) Pan(i) wykonania badań, które zostały zlecone w ciągu ostatnich 3 lat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy zlecone? Z jakiego powodu? Jakie badania?
f	Czy w ciągu ostatnich 5 (pięciu) lat odbył(a) Pan(i) badania związane z pracą (okresowe lub wstępne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy i gdzie?
g	Czy kiedykolwiek Pan(i) korzystał(a) lub był(a) skierowany(a) na konsultacje lekarskie, badania lub leczenie związane z chorobą AIDS lub infekcją HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Z czym było to związane (AIDS, HIV)? Jaki był wynik badania?
h	Czy kiedykolwiek ubiegał(a) się Pan(i) lub zostały Panu(-ni) przyznane świadczenie rehabilitacyjne lub renta lub też orzeczono u Pana(-ni) niezdolność do pracy lub jakikolwiek stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny Rodzaj niezdolności do pracy: <input type="checkbox"/> częściowa <input type="checkbox"/> całkowita Kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu?
i	Czy przebywa Pan(i) lub w ostatnich 10 latach przebywał(a) Pan(i) na zwolnieniu/zwolnieniach lekarskich co najmniej 30 kolejnych dni lub też stan zdrowia powoduje lub w ostatnich 10 latach spowodował wyłączenie Pana(i) z codziennej, życiowej aktywności przez co najmniej 30 kolejnych dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu?
j	Czy kiedykolwiek Pan(i) palił(a) papierosy lub e-papierosy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	– papierosy dziennie <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> szt. okres palenia papierosów od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	– e-papierosy okres korzystania z używki od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
k	Czy pije Pan(i) alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzaj alkoholu: wino: <input type="text"/> <input type="text"/> tygodniowe spożycie w kieliszkach (200 ml) piwo: <input type="text"/> <input type="text"/> tygodniowe spożycie w kufkach (0,5 l) mocny alkohol powyżej 30%: <input type="text"/> <input type="text"/> tygodniowe spożycie w kieliszkach (50 ml)
l	Czy był(a) Pan(i) leczony(a) lub zalecono Panu(i) leczenie z powodu nadużywania alkoholu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Jak długo? Kiedy zakończono leczenie?
ł	Czy zażywa lub zażywał(a) Pan(i) narkotyki, inne środki odurzające lub substancje psychoaktywne (tzw. dopalacze) lub był(a) Pan(i) w związku z tym leczony(a) lub zalecono Panu(i) leczenie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie? Kiedy? Jak długo? Kiedy po raz ostatni? Kiedy zakończono leczenie?
m	Czy ktoś z grona Pana(i) naturalnych rodziców lub rodzeństwa chorował lub choruje lub zmarł na cukrzycę, nowotwór złośliwy, chorobę niedokrwinną serca, zawał serca, kardiomiopatię, wylew krwi do mózgu, torbielowość nerek, porfirię, chorobę Parkinsona, chorobę Alzheimera, dystrofię mięśniową, stwardnienie rozsiane, chorobę neuronu ruchowego, płasawicę Huntingtona lub rodzinną polipowatość jelit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa choroby. Stopień pokrewieństwa. W jakim wieku rozpoznano chorobę?
n	Czy zawarł(a) Pan(i) w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy lub oczekuje Pan(i) na zawarcie jakiejkolwiek umowy ubezpieczenia na życie, w tym lub innym towarzystwie ubezpieczeniowym (z wyjątkiem niniejszego wniosku)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa towarzystwa
o	Czy kiedykolwiek Pana(i) wniosek o ubezpieczenie na życie został odrzucony, odroczone lub zaproponowano Panu(i) zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa towarzystwa Powód: Odroczony <input type="checkbox"/> Odrzucony <input type="checkbox"/> Zmienione warunki <input type="checkbox"/>
p	Czy uprawia Pan(i) zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub uprawia Pan(i) sport wyczynowo lub zawodowo – w rozumieniu definicji przyjętych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia? Jeśli tak, prosimy dołączyć do wniosku stosowną ankietę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzaj:
r	Czy przebywał(a) Pan(i) w okresie ostatnich 12 miesięcy lub zamierza przebywać poza Polską dłużej niż 30 dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miejsce i cel pobytu: od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

II. Dane lekarzy, z których usług Pan(i) korzysta lub korzystał(a) w okresie ostatnich 36 miesięcy oraz dane Pana/Pani lekarza rodzinnego

Imiona i nazwiska lekarzy

Grid of 40 empty boxes for entering names and surnames of doctors.

nazwy i adresy placówek medycznych, w których odbywał(a) Pan(i) wizyty

Grid of 40 empty boxes for entering names and addresses of medical facilities.

III. Dodatkowe wyjaśnienia

Table with 2 columns: 'Nr pytania' and 'Szczegółowe informacje i wyjaśnienia'. It contains multiple rows of dotted lines for providing answers.

VII. Niezbędne oświadczenia i zgody

Nie możemy przyjąć Twojej Deklaracji, jeśli nie możesz podpisać poniższych oświadczeń.

Prawdziwość danych

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej Deklaracji i załącznikach do niej są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i przekazane w dobrej wierze.

Przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-na):

- że Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (dalej: Allianz) będzie administratorem danych,
• o celach przetwarzania danych, którymi są zawarcie umowy ubezpieczenia, jej wykonanie i zachęcanie do zawierania innych umów ubezpieczenia,
• o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania, przenoszenia, ograniczenia przetwarzania oraz prawie zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych,
• o tym, że podawanie tych danych jest obowiązkowe ze względu na fakt zawierania umowy ubezpieczenia,
• o tym, że Allianz może podejmować automatyczne decyzje na podstawie profilowania danych osobowych, które zawierają dane medyczne; mam prawo otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw takiej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez pracownika.
Szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych znajduje się w polityce prywatności na stronie internetowej www.allianz.pl.

Potwierdzenie otrzymania dokumentów

Oświadczam, że przed sporządzeniem Deklaracji otrzymałem(-łam) od Ubezpieczającego informację o warunkach ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) i zapoznałem(-łam) się z ich treścią.

Upoważnienie do zasięgnięcia informacji medycznych

Upoważniam Allianz do zasięgnięcia w innych zakładach ubezpieczeń, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz u lekarzy dotyczących mnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w szczególności dotyczących:

- mojego stanu zdrowia,
• przyczyny śmierci,
• weryfikacji podanych przeze mnie danych,
• okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń.

Zakres informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego obejmuje:

- informacje o przyczynach pobytu w szpitalu, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona,
• informacje o przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia,
• informacje o wynikach przeprowadzonych konsultacji,
• informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego.

Nie obejmuje on wyników badań genetycznych.

Upoważniam Allianz również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń lub reasekuracji. Wyrażam także zgodę na uzyskiwanie od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem, co będzie podstawą ustalenia odpowiedzialności Allianz oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Upoważnienia te nie wygasają z chwilą mojej śmierci.

Informacja o kontrofercie

Przyjmuję do wiadomości, że Allianz przeprowadzi ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie analizy podanych przeze mnie informacji oraz otrzymanych dokumentów. Wynikiem analizy może być zaproponowanie przez Allianz zmienionych warunków ubezpieczenia, w tym podwyższenie Kosztu Ochrony lub ograniczenia i wyłączenia w zakresie Ochrony albo odmowa udzielania Ochrony.

Na powyższe okoliczności Allianz wskaże w Dokumentie Uczestnictwa lub w odrębnym piśmie.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową

Wyrażam zgodę na objęcie mnie przez Allianz ochroną w ramach umowy ubezpieczenia.

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażenia w moim imieniu zgody na:

- zmiany w warunkach umowy ubezpieczenia, w tym na zmiany zakresu ubezpieczenia, Sum Ubezpieczenia, Kosztu Ochrony, w trakcie zawierania umowy ubezpieczenia oraz w trakcie jej wykonywania,
• objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową - również na zmienionych warunkach - z tytułu kolejnych Umów, które są zawierane na zasadach określonych w OWU.

Obsługa w serwisie Mój Allianz

Przyjmuję do wiadomości, że mój numer telefonu i adres e-mail będą wykorzystane do aktywacji internetowego serwisu Mój Allianz na stronie internetowej www.allianz.pl, oraz że aktywacja tego serwisu wymaga wcześniejszej akceptacji regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną.

data

Grid of 8 empty boxes for entering the date (dd mm rrrr).

czytelny podpis Uczestnika²

² albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich

VIII. Zgody dobrowolne

Zgoda na obsługę elektroniczną

TAK NIE Zgadzam się, żeby Allianz przysyłał wszelkie informacje, które dotyczą wszystkich moich umów ubezpieczenia i umów zawartych na moją rzecz – w tym listów rocznicowych i informacji o wysokości świadczeń, które przysługują z tych umów – na ostatni adres e-mail, który wskazałem (-łam) Allianz.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

TAK NIE Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty powiązane¹ oraz na wzajemne udostępnianie przez nie tych danych w celu oferowania usług finansowych i dalszego przetwarzania przy wykonywaniu tych usług, oraz na połączenie moich danych w administrowanych zbiorach również z innymi pozyskanymi danymi.

Zgoda na przesyłanie informacji handlowych

TAK NIE Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

Zgoda na kontakt telefoniczny

TAK NIE Zgadzam się na kontakt telefoniczny w celach marketingowych.

¹ Podmioty powiązane – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze inwestycyjne, Aviva Powszechne Towarzystwo Emerytalne Aviva Santander S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne, Allianz Sp. z o.o.

data

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

czytelny podpis Uczestnika²

² albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich