

Deklaracja przystąpienia do Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół

Numer polisy

Numer seryjny wniosku (dotyczy NB)

Kod kreskowy – Biuro Główne Allianz

Kod kreskowy – Placówka Allianz

Sygnatura OWU – Nie możemy przyjąć Twojej Deklaracji, jeśli nie wypełnisz tego pola.



I. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający (nazwa firmy)

Pieczęć Ubezpieczającego

II. DANE UCZESTNIKA/WSPÓŁUCZESTNIKA

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć

- kobieta
 mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (proszę wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Telefon komórkowy

E-mail

Rodzaj zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego

Umowa o pracę

Inna forma zatrudnienia

- TAK NIE

Zawód wykonywany / zajmowane stanowisko

III. PARAMETRY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość składki finansowanej przez Ubezpieczającego

 zł

2. Wysokość składki finansowanej przez Uczestnika

 zł

3. Deklarowana data rozpoczęcia ochrony (dzień wymagalności składki) (d-m-r)

4. Wnioskowana suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (od 10 tys. do 120 tys. w przypadku Uczestnika od 10 tys. do 100 tys. w przypadku Współuczestnika)

 zł

UWAGA! Dołączenie do ubezpieczenia nastąpi w dniu wymagalności składki następującym po dniu podpisania (sporządzenia) deklaracji, o ile zostanie ona dostarczona do Allianz w ciągu 30 dni, przed dniem, w którym przystąpienie miałyby nastąpić.

W przypadku braku wskazania uposażonych, uprawnionymi do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego będą spadkobiercy ustawowi (zgodnie z OWU).

IV. DANE UPOSAŻONYCH GŁÓWNYCH

1. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

2. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

V. DANE UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH

1. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

2. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

VI. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY (prosimy odpowiedzieć na wszystkie pytania zaznaczając TAK lub NIE)

1. Czy w okresie ostatnich 10 lat rozpoznano u Pana(-ni) lub był(a)/jest Pan(i) leczony(-na) z powodu wymienionych chorób:

1.1 zaburzenia rytmu serca, choroby serca, wada serca, przewlekła niewydolność układu krążenia, udar mózgu, kardiomiopatia, tętniak mózgu lub aorty, guz mózgu lub rdzenia kręgowego, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, marskość wątroby, niewydolność wątroby, nadużywanie/uzależnienie od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych, przewlekłe zapalenie trzustki, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, przewlekła niewydolność oddechowa, stwardnienie rozsiane, padaczka, porażenie kończyn, dystrofia mięśniowa, stwardnienie zanikowe boczne, toczeń rumieniowaty układowy, twardzina układowa, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, zakażenie wirusem HIV?

Tak Nie

1.2 zawał serca, choroba wieńcowa (choroba niedokrwienności serca), przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek, przewlekła niewydolność nerek, cukrzyca?

Tak Nie

1.3 nadciśnienie tętnicze?

Tak Nie

1.4 nowotwór złośliwy, w tym białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa, złośliwe nowotwory szpiku kostnego?

Tak Nie

2. Czy w czasie ostatnich 6 miesięcy wystąpiły u Pana(-ni) objawy chorobowe takie jak: nawracające lub utrzymujące się bóle głowy, brzucha lub bóle w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, zaburzenia rytmu serca, duszność, napady drgawkowe lub omdlenia/utrata przytomności, zaburzenia równowagi, które zostały lub jeszcze nie zostały skonsultowane z lekarzem?

Tak Nie

2.1 Czy w czasie ostatnich 6 miesięcy wystąpiły u Pana(-ni) objawy chorobowe takie jak: zmiana w obrębie gruczołu piersiowego lub gruczołu krokowego lub narządów płciowych, powiększenie węzłów chłonnych, krwawienia o niewyjaśnionej przyczynie, postępujący wzrost lub utrata wagi (nie dotyczy ciąży), odbiegające od normy wyniki badań laboratoryjnych krwi, które zostały lub jeszcze nie zostały skonsultowane z lekarzem?

Tak Nie

3. Czy w okresie ostatnich 5 lat rozpoznano u Pana(-ni) lub był(a)/jest Pan(i) leczony(-na) z powodu chorób innych, niż wymienione w punktach 1.1, 1.2, 1.3 oraz 1.4, wymagających leczenia specjalistycznego: onkologicznego, neurologicznego, kardiologicznego, pulmonologicznego, urologicznego, nefrologicznego, gastrologicznego, hepatologicznego, hematologicznego lub otrzymał(a) Pan(i) wskazanie do leczenia specjalistycznego tej choroby albo oczekuje na wykonanie lub wyniki badań diagnostycznych zleconych przez lekarza? ¹

Tak Nie

4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał(a) Pan(i) na ponad 30-dniowym nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim lub czy przebył(a) Pan(i) choroby, które na okres ponad 30 kolejnych dni wyłączyły Pana(-nią) z codziennej, życiowej aktywności lub przebywał(a) Pan(i) w szpitalu w celu diagnostyki lub leczenia? ²

Tak Nie

5. Czy aktualnie przebywa Pan(i) na zwolnieniu lekarskim lub czy przebywa Pan(i) w szpitalu, hospicjum lub innym stacjonarnym zakładzie leczniczym, albo korzysta Pan(i) z możliwości okresowego wyjścia z takiego zakładu, po którym nastąpi powrót do miejsca, w którym korzysta Pan(i) z oferowanej opieki/jest Pan(i) leczony(-na)? ³
UWAGA! Jeżeli odpowiedź na pytanie 5 brzmi „TAK”, przystąpienie do ubezpieczenia nie jest możliwe. Prosimy o ponowne wypełnienie deklaracji po zakończeniu zwolnienia lekarskiego.

Tak Nie

6. Czy w okresie ostatnich 5 lat ubiegał(a) się Pan(i) oraz czy została w stosunku do Pana(-ni) orzeczona niepełnosprawność w stopniu znacznym lub umiarkowanym, albo niezdolność do pracy, została przyznana renta z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ubiega się Pan(i) o takie orzeczenia?

Tak Nie

Imię, nazwisko, adres, telefon lekarza lub przychodni

¹ Pytanie dotyczy badań innych, niż okresowe badania kontrolne.

² Nie dotyczy usunięcia haluzów, zabiegów stomatologicznych, usunięcia migdałków, hemoroidów, łagodnych torbieli, przeprowadzenia artroskopii, skorygowania przegrody nosa, przepukliny brzusznej, przepukliny pachwinowej, usunięcia wyrostka robaczkowego, urazu kończyn górnych i/lub dolnych, hospitalizacji związanej z ciążą.

³ Nie dotyczy hospitalizacji związanej z porodem.

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 Zespół, o których mowa powyżej (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 udzielili 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 wskazuje w Dokumentcie Uczestnictwa lub w odrębnym piśmie.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową

Oświadczam, że nie jestem obecnie objęty(-ta) ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie Zespół.

Wyrażam zgodę na objęcie mnie przez Allianz ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia.

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na:

- zmiany w warunkach Umowy, w tym na zmiany zakresu ubezpieczenia, Sumy Ubezpieczenia, Kosztu Ochrony, w trakcie zawierania Umowy oraz w trakcie jej wykonywania,
- objęcie mnie Ochroną – również na zmienionych warunkach – z tytułu kolejnych Umów, które są zawierane na zasadach określonych w OWU.

Oświadczenia dotyczące umowy ubezpieczenia grupowego Assistance

Jeśli Ubezpieczający rozszerzył bądź w przyszłości rozszerzy zakres Umowy o Umowę dodatkową Assistance, to wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, która wynika z Umowy dodatkowej Assistance (otrzymałem(-łam) i zapoznałem(-łam) się z ogólnymi warunkami Umowy dodatkowej Assistance).

Zostałem(-łam) poinformowany(-na), że w celu realizacji Umowy ubezpieczenia oraz w celu realizacji usług w ramach Umowy dodatkowej Assistance, administratorem moich danych osobowych będzie AWP P&C SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.

Zostałem(-łam) poinformowany(-na), że szczegółowy opis sposobu, w jaki AWP P&C SA Oddział w Polsce przetwarza dane osobowe, znajduje się w polityce prywatności na stronie www.allianz.pl.

Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-na) o celach przetwarzania danych, związanych z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego oraz jej wykonaniem, jak również o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania oraz o tym, że podawanie ich jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu przystąpienia do wyżej wymienionej umowy ubezpieczenia.

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 (d-m-r)

 - -

Czytelny podpis Uczestnika/Współuczestnika⁵

⁵ albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich

VIII. ZGODY DOBROWOLNE

Zgoda na obsługę elektroniczną

TAK NIE Zgadząm 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 Zgadząm się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty powiązane⁴ 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 Zgadząm się na przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

Zgoda na kontakt telefoniczny

TAK NIE Zgadząm się na kontakt telefoniczny w celach marketingowych.

⁴ 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, Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne, Allianz Sp. z o.o.

Data (d-m-r)

 - -

Czytelny podpis Uczestnika/Współuczestnika⁵

⁵ albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich