

Deklaracja przystąpienia
do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego
(dla Pracownika, Współmałżonka/Partnera, Dziecka)/
Declaration of joining the group health insurance plan
(for Employee, Spouse/Partner, Child)

Nazwa wariantu/ Name of the option	Wysokość składki/ Premium value	Kod pośrednika/ Intermediary's code

Numer wniosku/
Number of the application

lub/
or

Numer polisy/
Policy number

Proponowana data przystąpienia (d-m-r)/
Proposed joining date (d-m-y)

0

1

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO
(PRACODAWCY)/
INSURING PARTY
(EMPLOYER)

Nazwa lub pieczęć Pracodawcy/
Employer's name or stamp

1. DANE UBEZPIECZONEGO/
INSURED

Podać pełną nazwę grupy zgodnie z propozycją ubezpieczenia lub nr grupy zgodnie z polisą/
Provide the full name of the group according to the insurance proposal
or the number of the group as stated in the policy

☐ Pracownik/
Employee

☐ dodatkowy członek rodziny Głównego Ubezpieczonego (dodatkowy członek rodziny wypełnia 2. DANE GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO)/
additional family member of the Main Insured (additional family member fills in section 2. MAIN INSURED)

Imię (imiona)/
Name (names)

Nazwisko/
Surname

Płeć/
Sex

☐ kobieta/
female

☐ mężczyzna/
male

PESEL/
PESEL no.

Data urodzenia (d-m-r)/
Date of birth (d-m-y)

Kraj urodzenia/
Country of birth

Typ dokumentu tożsamości/
Type of identity document

Seria i nr dok. tożsamości/
Series ID no.

Obywatelstwa (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)/
Citizenship(s) (please enter all citizenships currently held)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)/
ID expiry date (d-m-y)



Adres zamieszkania (na który ma być kierowana korespondencja)/dane kontaktowe
Home address (forwarding address/contact details)

Ulica/
Street

Nr domu/
House no.

Nr lokalu/
Premises no.

Miejscowość/
Town/City

Kod pocztowy/
Postal code

Pocztą/
Town/City

Kraj/
Country

Tel. stacjonarny/
Phone

Tel. kom./
Mobile phone

E-mail/
E-mail

Dane o zatrudnieniu / Information about employment

Data zatrudnienia
Pracownika (d-m-r)/
Date of employment
Employee (d-m-y)

Rodzaj wykonywanej pracy/Type of work (wypełnia
każda osoba przystępująca/to be completed by each person)

☐ fizyczna
manual

☐ umysłowa
white-collar

☐ niepracujący
non-working

Dane uposażonego* (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia/
Beneficiary* (the person entitled to pay out the amount of insurance after the death of the Insured) – 100% of the benefit

Imię i nazwisko/
Name and surname

Data urodzenia
(d-m-r)/
Date of birth
(d-m-y)

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem KRS 0000002561, NIP 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego 95 480 000 zł (wpłacony w całości).

GZAOZPREN-DE04 05/25

2. DANE GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO (wypełnić tylko w przypadku gdy osoba przystępująca powyżej jest dodatkowym członkiem rodziny Głównego Ubezpieczonego) /**THE MAIN INSURED** (to be filled in only if the person above is the additional family member of the Main Insured)

Imię (imiona)/ Name (names)																													
Nazwisko/ Surname																													
PESEL/ PESEL no.									Data urodzenia (d-m-r)/ Date of birth (d-m-y)					Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym/ Relationship with the Main Insured															

3. DANE CZŁONKÓW RODZINY GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO (wypełnić tylko w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w formie Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)/**FAMILY MEMBERS OF THE MAIN INSURED** (to be filled in only in the case of Family Package or Partner Package) Provide the full name of the group according to the insurance proposal or the group number as stated in the policyPodać pełną nazwę grupy zgodnie z propozycją ubezpieczenia lub nr grupy zgodnie z polisą/
Provide the full name of the group according to the insurance proposal or the number of the group as stated in the policy**Dane 2. Ubezpieczonego/
The 2nd Insured**Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym
Relationship with the Main Insured☐ Współmałżonek/Partner/
Spouse/Partner☐ Dziecko/
Child

Imię (imiona)/ Name (names)																																
Nazwisko/ Surname																																
Płeć/ Sex	PESEL/ PESEL no.								Data urodzenia (d-m-r)/ Date of birth (d-m-y)				Kraj urodzenia/ Country of birth																			
☐ kobieta/ female																																
☐ mężczyzna/ male																																
Typ dokumentu tożsamości/ Type of identity document																																
Obywatelstwa (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)/ Citizenship(s) (please enter all citizenships currently held)														Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)/ ID expiry date (d-m-y)																		

Tel. kontaktowy/
Telephone numberE-mail/
E-mailRodzaj wykonywanej pracy/Type of work (wypełnia
każda osoba przystępująca/to be completed by each person)☐ fizyczna
manual☐ umysłowa
white-collar☐ niepracujący
non-working**Dane uposażonego*** (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia/**Beneficiary*** (the person entitled to pay out the amount of insurance after the death of the Insured) – 100% of the benefit

Imię i nazwisko/ Name and surname																													Data urodzenia (d-m-r)/ Date of birth (d-m-y)												
--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	-------------	--	--	--	-------------	--	--	--

**Dane 3. Ubezpieczonego/
The 3rd Insured**Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym
Relationship with the Main Insured☐ Współmałżonek/Partner/
Spouse/Partner☐ Dziecko/
Child

Imię (imiona)/ Name (names)																																
Nazwisko/ Surname																																
Płeć/ Sex	PESEL/ PESEL no.								Data urodzenia (d-m-r)/ Date of birth (d-m-y)				Kraj urodzenia/ Country of birth																			
☐ kobieta/ female																																
☐ mężczyzna/ male																																
Typ dokumentu tożsamości/ Type of identity document																																
Obywatelstwa (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)/ Citizenship(s) (please enter all citizenships currently held)														Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)/ ID expiry date (d-m-y)																		

Tel. kontaktowy/
Telephone numberE-mail/
E-mailRodzaj wykonywanej pracy/Type of work (wypełnia
każda osoba przystępująca/to be completed by each person)☐ fizyczna
manual☐ umysłowa
white-collar☐ niepracujący
non-working**Dane uposażonego*** (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia/**Beneficiary*** (the person entitled to pay out the amount of insurance after the death of the Insured) – 100% of the benefit

Imię i nazwisko/ Name and surname																													Data urodzenia (d-m-r)/ Date of birth (d-m-y)												
--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	-------------	--	--	--	-------------	--	--	--

[illegible]

Płeć/ Sex	PESEL/ PESEL no.	Data urodzenia (d-m-r)/ Date of birth (d-m-y)	Kraj urodzenia/ Country of birth
☐ kobieta/ female			

☐ mężczyzna/
male

Type dokumentu
tożsamości/
Type of identity

Seria i nr dok.
tożsamości/
Series ID no.

document
 Obywatelstwa (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)/
 Citizenship(s) (please enter all citizenships currently held)

[illegible]

Rodzaj wykonywanej pracy/*Type of work* (wypełnia
każda osoba przystępująca/*to be completed by each person*) ☐ fizyczna
manual ☐ umysłowa ☐ niepracujący
white-collar non-working

Dane uposażonego* (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia/
Beneficiary* (the person entitled to pay out the amount of insurance after the death of the Insured) – 100% of the benefit

Imię _____ Data urodzenia (d-m-r)/ _____
i nazwisko/
*Name and
surname*
Date of birth
(d-m-y)

* W przypadku woli wskazania więcej niż 1 osoby (uposażonego) należy wypełnić formularz Wniosek o ustanowienie/zmianę osób Uposażonych./
If you wish to designate more than 1 person (beneficiary), please fill in the Application for designation/changing the Beneficiaries.

Adres zamieszkania (na który ma być kierowana korespondencja – wypełnić, jeżeli adres poszczególnych Ubezpieczonych jest inny niż Głównego Ubezpieczonego)/
Home address (forwarding address - fill in if the address of particular Insured Persons is different than of the Main Insured)

2. Ubezpieczonego/
2nd Insured

2 nd insured	3 rd insured	4 th insured

Oświadczanie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego/
Declaration of joining the group health insurance plan

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, iż chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. i wyrażam zgodę na zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej i podpisaniem niniejszej deklaracji otrzymałem/am i I, the undersigned, declare that I want to benefit from the claim to insurance coverage under the group health insurance contract made with TU Allianz Życie Polska S.A. and I acquiesce to the scope of insurance coverage, the amount of insurance and the premium. I declare that before giving my approval for insurance coverage, financing the insurance premium and signing the present declaration I received the terms and conditions of the contract, including the general terms and conditions of the group health insurance with appendices that were applicable as of the day of joining the insurance contract.

**Pełnomocnictwo Współmałżonka/Partnera/pełnoletniego Dziecka/
Power of attorney of the Spouse/Partner/adult Child**
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 i korespondencji składania wszelkich oświadczeń woli w moim imieniu i na jego rzecz. I grant declaration of intent on my behalf and in my stead.

Oświadczenie/ Declaration 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. / I certify that all the information in this declaration is true to the best of my knowledge. In the case of failure to disclose information or providing inaccurate information, TU Allianz Życie Polska S.A. will not be held liable in compliance with the provisions of the Civil Code.	
--	--

**Upoważnienie/
Authorisation**

Wyrażam zgodę na to, by podmioty udzielające zdrowotnych usług udostępniały TU Allianz Życie Polska S.A. moją dokumentację medyczną na podstawie art. 26 ustawy z o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym również po mojej śmierci, zaś TU Allianz Życie Polska S.A. mogła uzyskiwać od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych, informacje o okolicznościach związanych z uzyskaniem przez podmioty udzielające podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, upoważnieni praw do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z włączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczących, którzy udzieliли mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności TU Allianz Życie Polska S.A. oraz wysokości świadczenia, / I agree that healthcare providers make my medical records available to TU Allianz Życie Polska S.A. pursuant to Article 26 of the Act on Patient Rights and the Patient Rights Ombudsman, including after my death, and I agree that TU Allianz Życie Polska S.A. can obtain from healthcare providers that provided healthcare services in my favour information about the circumstances related to the assessment of insurance risk and verification of the information about my health that I provided, and the establishment of the liability of such providers in the scope specified in Article 38(2) of the Act on Pursuit of Business of Insurance and Reinsurance, with the inclusion of genetic tests. I agree that TU Allianz Życie Polska S.A. obtain from the National Health Fund (NFZ) the names and addresses of healthcare providers who provided healthcare services to me due to an accident or fortuitous event that constitute grounds for establishing the liability of TU Allianz Życie Polska S.A., and the value of the benefit.

Pełnomocnictwo 1. Ubezpieczonego/Głównego Ubezpieczonego/
Power of attorney of the 1st insured/Main insured

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 warunkach umowy ubezpieczenia. /

I authorise the Insuring Party to act in my stead, including making any declarations of intent previously concerted with me, which are necessary to amend the health insurance contract made on my behalf which I hereby join, including the amendment of the insured sum. This power of attorney also authorises the Insuring Party to acquiesce on my behalf to extension, including on amended terms and conditions, of the insurance contract by consecutive annual periods in the form and in compliance with the conditions defined in the insurance terms and conditions.

☐ Nieautoryzuję przedłużania.

If you do not agree, please put an X in the adjacent box.

Information clause

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku dotyczącego przechowywania dokumentów księgowych, dokumentów wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. (TUnZ/KI/NIT/2/001/2)

Administrator przestaje wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUnZ/KI/NIT/2/019/1)

Administrator wyznaczy inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUnZ/KI/NIT/2/020/1)

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane na celu:

- oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (TUnZ/KI/NT/Z/004/2)
- zawarcia umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/005/2)
- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/006/2)
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług (TUnZ/KI/NT/Z/007/2)
- autonomicznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Panią/Pan(a) wyrażona zgoda (TUnZ/KI/NT/Z/021/1)
- wyrażenia zgody na przetwarzanie danych w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest umożliwienie dokonywania analiz i statystyk. (TUnZ/KI/NT/Z/011/2)
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze

Upoważnienie Pracownika /
Power of attorney granted by the Employee

Upoważniam Pracodawcę do potrącania składki ubezpieczeniowej z mojego wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa, lub innych wypłat tytułem objęcia mnie i mojej rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym./
I authorise the Employer to deduct the insurance premium from my salary, from the sickness or maternity benefits, or other benefits in order to have me and my family covered by a health insurance.

Data i podpis Pracownika/
Date and Signature of the Employee

Data
podpisania
(d-m-r)/
Date
of signature
(d-m-y)

Czytelny podpis
osoby reprezentującej
Ubezpieczającego**/
Legible signature of the
person representing
the Insuring Party**

Czytelny podpis
pośrednika/
Legible
signature of the
Intermediary

**Podpisuje osoba umocowana przez Ubezpieczającego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego./
Signature of the person authorised by the Insuring Party to represent it and make declarations of intent on its behalf in relation to the conclusion of the group health insurance contract.

Wersja polska jest wersją oryginalną i rozstrzygającą. W przypadku jakichkolwiek rozbieżności między tłumaczeniem a wersją polską, prawnie wiążąca i rozstrzygająca jest wersja polska./
The Polish version is the original and conclusive version. In the event of any discrepancy between the translation and the Polish version, the Polish version is legally binding and decisive.