

2. DANE GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO (wypełnić tylko w przypadku gdy osoba przystępująca powyżej jest dodatkowym członkiem rodziny Głównego Ubezpieczonego) /

ДАНИ ОСНОВНОГО ЗАСТРАХОВАНОГО (заповнити лише у випадку, якщо особа, яка приєднується вище, є додатковим членом сім'ї Основного застрахованого)

Imię (imiona)/ Ім'я (імена)	
Nazwisko/ Прізвище	
PESEL/ PESEL	
Data urodzenia (d-m-r)/ Дата народження (д-м-р)	
Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym/ Ступінь спорідненості з Основним застрахованим	

3. DANE CZŁONKÓW RODZINY GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO (wypełnić tylko w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w formie Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)/

ДАНИ ЧЛЕНІВ СІМ'Ї ОСНОВНОГО ЗАСТРАХОВАНОГО (заповнити лише у разі приєднання до страхування у формі Сімейного пакету або Партнерського пакету)

Podać pełną nazwę grupy zgodnie z propozycją ubezpieczenia lub nr grupy zgodnie z polisą/
Вказати повну назву групи відповідно до страхової пропозиції, або № групи відповідно до поліси

Dane 2. Ubezpieczonego/
Дані 2-го Застрахованого

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym
Ступінь спорідненості з Основним застрахованим

☐ Współmałżonek/Partner/
Подружжя/Партнер

☐ Dziecko/
Дитина

Imię (imiona)/ Ім'я (імена)	
Nazwisko/ Прізвище	
Płeć/ Стать	☐ kobieta/ жінка
PESEL/ PESEL	
Data urodzenia (d-m-r)/ Дата народження (д-м-р)	
Kraj urodzenia/ Країна народження	
Typ dokumentu tożsamości/ Тип документа, що посвідчує особу	
Obywatelstwa (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)/ Громадянство/-а (будь ласка, вкажіть усі наявні на цей момент громадянства)	
Seria i nr dok. tożsamości/ Серія і № документа, що посвідчує особу	
Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)/ Термін дії документа, що посвідчує особу (ч-м-р)	

Tel. kontaktowy/
Конт. тел.

E-mail/
E-mail

Rodzaj wykonywanej pracy (wypełnia każda osoba przystępująca)
Вид виконуваної роботи (заповнює кожна особа, яка приєднується)

☐ fizyczna
фізична

☐ umysłowa
розумова

☐ niepracujący
безробітний

Dane uposażonego* (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia/
Дані вигодонабувача* (особи, яка має право на виплату страхової суми у разі смерті Застрахованого) – 100% виплати

Imię i nazwisko/ Ім'я і прізвище	
Data urodzenia (d-m-r)/ Дата народження (д-м-р)	

Dane 3. Ubezpieczonego/
Дані 3-го Застрахованого

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym
Ступінь спорідненості з Основним застрахованим

☐ Współmałżonek/Partner/
Подружжя/Партнер

☐ Dziecko/
Дитина

Imię (imiona)/ Ім'я (імена)	
Nazwisko/ Прізвище	
Płeć/ Стать	☐ kobieta/ жінка
PESEL/ PESEL	
Data urodzenia (d-m-r)/ Дата народження (д-м-р)	
Kraj urodzenia/ Країна народження	
Typ dokumentu tożsamości/ Тип документа, що посвідчує особу	
Obywatelstwa (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)/ Громадянство/-а (будь ласка, вкажіть усі наявні на цей момент громадянства)	
Seria i nr dok. tożsamości/ Серія і № документа, що посвідчує особу	
Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)/ Термін дії документа, що посвідчує особу (ч-м-р)	

Tel. kontaktowy/
Конт. тел.

E-mail/
E-mail

Rodzaj wykonywanej pracy (wypełnia każda osoba przystępująca)
Вид виконуваної роботи (заповнює кожна особа, яка приєднується)

☐ fizyczna
фізична

☐ umysłowa
розумова

☐ niepracujący
безробітний

Dane uposażonego* (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia/
Дані вигодонабувача* (особи, яка має право на виплату страхової суми у разі смерті Застрахованого) – 100% виплати

Imię i nazwisko/ Ім'я і прізвище	
Data urodzenia (d-m-r)/ Дата народження (д-м-р)	

* W przypadku woli wskazania więcej niż 1 osoby (uposażonego) należy wypełnić formularz Wniosek o ustanowienie/zmianę osób Uposażonych./
Якщо Ви бажаєте вказати більше ніж 1 особу (вигодонабувача), заповніть форму Заява про призначення/зміну вигодонабувачів.

2. Ubezpieczonego/ 2-го Застрахованого	3. Ubezpieczonego/ 3-го Застрахованого	4. Ubezpieczonego/ 4-го Застрахованого

* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok.
У разі відсутності згоди, поставте Х у полі поруч.

Klauzula informacyjna

Інформаційна клаузула

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/NT/Z/001/2)

Administrator przestanie 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 osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUnZ/KI/NT/Z/019/1)

Administrator wyznaczył 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/NT/Z/020/1)

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w 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 jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/005/2)
- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność 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)
- automatycznego 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 Pani/Pana wyrażna zgoda (TUnZ/KI/NT/Z/021/1)
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość 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 (TUnZ/KI/NT/Z/022/1.0)
- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUnZ/KI/NT/Z/023/1)
- ewentualnego dochodzenia lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń i obrony przed roszczeniami związanymi z umową ubezpieczenia (TUnZ/KI/NT/Z/024/2)
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUnZ/KI/NT/Z/025/1)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach, mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, wdrożymy odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pana/Pani danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne. Powyższe środki służą realizacji Pana/Pani praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej tych danych. Na Pana/Pani wniosek udostępnimy Panu/Pani kopię tych zabezpieczeń.

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/KI/NT/Z/027/1)

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Pana/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUnZ/KI/NT/Z/028/1)

Podstawą prawną przetwarzania podanych przez Panią/Pana danych szczególnych kategorii, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia, we wskazanych celach ich przetwarzania, jest wyrażona przez Panią/Pana wyrażna zgoda. (TUnZ/KI/NT/Z/029/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać udostępnione zakładom reasekuracji, które reasekurują daną umowę ubezpieczenia. (TUnZ/KI/NT/Z/030/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUnZ/KI/NT/Z/040/1)

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUnZ/KI/NT/Z/035/1)
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania (TUnZ/KI/NT/Z/015/2)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUnZ/KI/NT/Z/017/2)
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem (TUnZ/KI/NT/Z/036/1)
- przeniesienia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych (TUnZ/KI/NT/Z/037/1)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUnZ/KI/NT/Z/038/1.0)

Повідомляємо, що Ваші персональні дані будуть оброблятися компанією Товариство Уbezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. [AT «Товариство страхування Allianz Життя Польща»] (Контролер), що знаходиться за адресою: вул. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Надані Вами персональні дані будуть зберігатися до спливу строку давності можливих претензій або до закінчення зобов'язання зберігати дані, що впливає із законодавчих положень, зокрема, зобов'язання зберігати бухгалтерські документи, документи, що впливають із положень про протидію відмиванню грошей та фінансуванню тероризму, положень про виконання міжнародних податкових зобов'язань та імплементацію положень FATCA, а також положень про автоматичний обмін податковою інформацією з іншими країнами. (TUnZ/KI/NT/Z/001/2)

Контролер припинить раніше обробку даних для цілей прямого маркетингу, у т.ч. профілювання, якщо Ви подасте заперечення проти обробки Ваших даних для цих цілей. У разі обробки персональних даних для маркетингових цілей на підставі Вашої згоди, Контролер зберігатиме Ваші дані доти, поки Ваша згода не буде відкликана. (TUnZ/KI/NT/Z/019/1) Контролер призначив інспектора із захисту даних (ІЗД), з яким можна зв'язатися за адресою місцезнаходження Контролера, електронним шляхом за адресою: IOD@allianz.pl, або через контактну форму, доступну на сайті www.allianz.pl, з усіх питань, пов'язаних з обробкою персональних даних та здійсненням прав, пов'язаних з обробкою персональних даних. (TUnZ/KI/NT/Z/020/1)

Надані Вами дані можуть оброблятися з метою:

- оцінки страхового ризику, в т.ч. в автоматизований спосіб у рамках профілювання клієнтів перед укладенням договору та прийняття рішення про укладення договору страхування – правовою підставою для обробки є юридичний обов'язок, покладений на Контролера (TUnZ/KI/NT/Z/004/2)
- укладення договору страхування – правовою підставою для обробки є необхідність обробки даних для укладення та виконання договору (TUnZ/KI/NT/Z/005/2)
- виконання договору страхування – правовою підставою для обробки є необхідність обробки даних для виконання договору (TUnZ/KI/NT/Z/006/2)
- прямого маркетингу власних продуктів і послуг Контролера, у т.ч. для аналітичних цілей та профілювання – правовою підставою для обробки даних є необхідність обробки для реалізації законного інтересу Контролера, де законним інтересом Контролера є здійснення прямого маркетингу власних продуктів і послуг (TUnZ/KI/NT/Z/007/2)
- автоматичного прийняття рішень, включаючи профілювання, щоб визначити переваги або потреби у продуктах чи послугах та представити відповідну пропозицію – правовою підставою для обробки даних є надана Вами чітка згода (TUnZ/KI/NT/Z/021/1)
- аналітичною та статистичною, включаючи профілювання – правовою підставою для обробки даних є необхідність обробки для реалізації законного інтересу Контролера, де законним інтересом Контролера є можливість проведення аналізів та ведення статистики. (TUnZ/KI/NT/Z/011/2)
- виконання Контролером зобов'язань, що випливають із положень законодавства, у т.ч. положень про бухгалтерський облік – правовою підставою для обробки даних є необхідність виконання юридичного обов'язку, покладеного на Контролера (TUnZ/KI/NT/Z/022/1.0)
- протидії злочинам у сфері страхування – правовою підставою для обробки даних є необхідність обробки для реалізації законного інтересу Контролера, де законним інтересом Контролера є можливість запобігання злочинам, що скоюються на шкоду Контролера, та їх переслідування (TUnZ/KI/NT/Z/023/1)
- можливого пред'явлення позовних вимог або захисту від позовних вимог, пов'язаних з укладенням договором страхування – правовою підставою для обробки даних є необхідність обробки для реалізації законного інтересу Контролера, де законним інтересом Контролера є можливість пред'явлення ним позовних вимог і захисту від позовних вимог, пов'язаних із договором страхування (TUnZ/KI/NT/Z/024/2)
- перестрахування ризиків – правовою підставою для обробки даних є необхідність обробки для реалізації законного інтересу Контролера, де законним інтересом Контролера є зменшення страхового ризику (TUnZ/KI/NT/Z/025/1)

Надані Вами персональні дані в об'єднаних випадках можуть бути передані суб'єктам, юридична адреса яких знаходиться за межами Європейської економічної зони (ЄЄЗ). Якщо вищезазначені країни не були визнані Європейською комісією як такі, що забезпечують належний рівень захисту персональних даних, ми запровадимо відповідні гарантії для забезпечення належного рівня захисту Ваших даних. До них належать, зокрема, стандартні договірні положення, затверджені Європейською комісією, та обов'язкові до виконання корпоративні правила. Вищезазначені заходи спрямовані на реалізацію Ваших прав щодо персональних даних та забезпечення ефективного правового захисту таких даних. На Ваш запит ми надамо Вам копію цих гарантії.

Надані персональні дані в об'єзці, необхідною для проведення оцінки страхового ризику, є законодавчою вимогою, а їх ненадання призведе до неможливості укласти договір страхування. В іншому обсязі надання персональних даних є добровільним, але необхідним для укладення та виконання договору страхування. (TUnZ/KI/NT/Z/027/1) Надання персональних даних для реалізації маркетингових цілей є добровільним. Обсяг персональних даних, які обробляються для маркетингових цілей, включає надані Вами ідентифікаційні дані, усі контактні дані, інформацію про поліс та історію договорів страхування, за винятком даних про стан здоров'я. (TUnZ/KI/NT/Z/028/1)

Правовою підставою для обробки особливих категорій даних, наданих Вами, зокрема, даних про стан здоров'я, для зазначених цілей їх обробки, є Ваша чітка згода. (TUnZ/KI/NT/Z/029/1.0)

Ви маєте право:

- на доступ до Ваших даних, вимагати їх виправлення, видалення або обмеження їх обробки (TUnZ/KI/NT/Z/035/1)
- подавати заперечення проти обробки персональних даних в обсязі, в якому підставою для обробки персональних даних є законний інтерес Контролера. Зокрема, Ви маєте право подати заперечення проти обробки даних на потреби прямого маркетингу та профілювання (TUnZ/KI/NT/Z/015/2)
- подавати скаргу начальнику Управління з питань захисту персональних даних (TUnZ/KI/NT/Z/017/2)
- відкликати згоду в тому обсязі, в якому підставою для обробки персональних даних є згода. Відкликання згоди не впливає на законність обробки, згода на яку була надана до її відкликання (TUnZ/KI/NT/Z/036/1)
- переносити персональні дані, тобто отримувати від Контролера інформацію про персональні дані, що обробляються, у структурованому, широко використовуваному машинозчитуваному форматі, в обсязі, в якому Ваші дані обробляються з метою укладання та виконання договору страхування або на підставі згоди. Надані Вами персональні дані можуть бути надіслані іншому контролеру даних (TUnZ/KI/NT/Z/037/1)

Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną
Zgoda klienta na otrzymanie marketingowej informacji, u t.c. pro pozycji, akcji ta zniżki, zasobami elektronicznego z'v'zku
Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez: I ja da zgodę na otrzymanie marketingowej informacji s'lychom:

1	2	3	4
---	---	---	---

W celu przedstawienia mi kompleksowo dopasowanych informacji, w tym o produktach, usługach, promocjach, konkursach i zniżkach, zgadzam się na:
З метою надання мені комплексно підібраної інформації, зокрема, про продукти, послуги, акції, конкурси та знижки, я даю згоду на:

☐ ☐ ☐ ☐ udostępniane moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nalogach (o ile zostały pozyskane) następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechnemu Towarzystwu Emerytalnemu Allianz Polska S.A. oraz funduszom przez niego zarządzanym, Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services Sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę. (TUnZ/ZM/NT/Z/008/3)

Zgody dodatkowe

Додаткові згоди

Zgody niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia:

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie) i nałogów (o ile dotyczy) przez Administratora, dla celów podanych w treści klauzuli informacyjnej, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. (TUuZ/ZD/NT/Z/010/3)

Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich danych osobowych (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie), w tym teleadresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia. (TUŹ/ZD/NT/Z/011/3)

Згоди, необхідні для укладення договору страхування:

Я даю добровільну згоду на обробку Контролером даних щодо стану мого здоров'я (моєї дитини/дітей, якщо застосовується) та шкідливих звичок (якщо є) для цілей, зазначених в інформаційній клаузулі, за винятком цілей прямого маркетингу власних продуктів або послуг. (TU nZ/ZD/NT/Z/010/3)

Я даю добровільну згоду на доступ до моїх персональних даних (моєї дитини/дітей, якщо застосовується), включаючи контактні дані, суб'єктам, які надають медичні послуги, з метою обслуговування та виконання договору страхування. (TUuZ/ZD/NT/Z/011/3)

UWAGA! Deklarację podpisują osoby przystępujące do ubezpieczenia wg kolejności zgłoszeń Ubezpieczonych. Za niepełnoletnie dziecko lub osobę, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych deklarację podpisuje jego przedstawiciel ustawowy swoim imieniem i nazwiskiem.

УВАГА! Декларація підписується особами, які приєднуються до страхування відповідно до порядку подання заявок Застрахованих. За неповнолітню дитину або особу, яка не має повної дієздатності, декларацію підписує її законний представник із зазначенням свого імені та прізвища.

Podpis 1. Ubezpieczonego/Głównego Ubezpieczonego* Підпис 1-го Застрахованого/Основного застрахованого*	Podpis 2. Ubezpieczonego* Підпис 2-го Застрахованого*	Podpis 3. Ubezpieczonego* Підпис 3-го Застрахованого*	Podpis 4. Ubezpieczonego* Підпис 4-го Застрахованого*
---	--	--	--

Индикатор 1 по застрахованото, застрахователя	Индикатор 2 по застрахованото	Индикатор 3 по застрахованото	Индикатор 4 по застрахованото
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Data / Дата	Data / Дата	Data / Дата	Data / Дата
-------------	-------------	-------------	-------------

* (podpis powinien być czytelny lub złożony w formie zwykle używanej przez Ubezpieczonego, gdyż będzie przyjmowany do weryfikacji osoby Ubezpieczonego przy dokonywanych przez niego dyspozycjach w ramach umowy ubezpieczenia)

* (підпис повинен бути розбірливим або у формі, яка зазвичай використовується Застрахованим, оскільки він буде прийматися для перевірки особи Застрахованого в ході його доручень за договором страхування)

Провадження Працівника / Доручення Працівника

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.

Уповноважую Роботодавця утримувати страховий внесок з моєї заробітної плати, допомоги у зв'язку із захворюванням чи материнства, або з інших виплат, для покриття медичним страхуванням мене та мою сім'ю.

Data i podpis Pracownika / Дата і підпис Працівника

Data podpisania (d. m. r.)								Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego**/			Czytelny podpis pośrednika/ Poznajomy	
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--

Дата підписання (д-м-р)	Розбірливий підпис особи, яка представляє Страховальника**	Розбірливий підпис посередника
-------------------------------	--	--------------------------------------

** Підписує особа, уповноважена Страховальником представляти його інтереси та здійснювати волевиявлення від його імені у зв'язку з укладенням договору групового медичного страхування.

Wersja polska jest wersją oryginalną i rozstrzygającą. W przypadku jakichkolwiek rozbieżności między tłumaczeniem a wersją polską, prawnie wiążąca i rozstrzygająca jest wersja polska

Версія польською мовою є оригіальною та основною. У разі будь-яких розбіжностей між версіями українською та польською мовою, версія польською мовою матиме переважну силу.