

Wniosek o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia
zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna

Nr wniosku	Kod pośrednika	Kod oddziału

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa firmy			
Nazwa firmy cd.			
Imię (imiona)*			
Nazwisko*			
Płeć*	PESEL*	Data urodzenia (d-m-r)*	Kraj urodzenia*
☐ kobieta			
☐ mężczyzna			
Typ dokumentu tożsamości*	Seria i nr dok. tożsamości*		
Obywatelstwo/-a (proszę wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)*	Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)*		
REGON	NIP	PKD wiodąca	

* należy wypełnić gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną lub prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą zatrudniającą pracowników na umowę o pracę lub inną umowę cywilnoprawną

Forma organizacyjna

Charakter prowadzonej działalności

Adres zamieszkania / siedziba firmy

Ulica			
Nr domu	Nr lokalu	Miejscowość	
Kod pocztowy	Pocztą	Kraj	
Tel. kontaktowy	E-mail		

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zamieszkania /siedziby)

Ulica			
Nr domu	Nr lokalu	Miejscowość	
Kod pocztowy	Pocztą	Kraj	

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Wniosek jest ważny wyłącznie z załącznikiem z zakresem ubezpieczenia (uzupełnia pośrednik):

Kwotą nr				dotyczącą propozycji ubezpieczenia podpisaną przez Ubezpieczającego.
Proponowany początek ochrony ubezpieczeniowej (d-m-r)	0	1		Częstotliwość opłacania składek ☐ miesięczna ☐ kwartalna ☐ półroczna ☐ roczna
Ubezpieczenie na koszt	☐ Ubezpiezonego (Pracownika)	☐ Ubezpieczającego (Pracodawcy)	☐ Ubezpiezonego i Ubezpieczającego	
Liczba osób zatrudnionych ¹⁾				
Liczba osób uprawnionych do przystąpienia do ubezpieczenia ²⁾				
w tym liczba Pracowników przystępujących do umowy ubezpieczenia				

Załączniki – zaznacz właściwe

☐ propozycja ubezpieczenia podpisana przez Ubezpieczającego	☐ raport stanu osobowego	☐ pełnomocnictwo w przypadku, gdy w imieniu Ubezpieczającego wniosek podpisuje pełnomocnik
☐ deklaracje przystąpienia, egzemplarzy _____	☐ pismo o odstępstwo, jeśli było udzielone	

¹⁾ Osoba zatrudniona – osoba, która jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Ubezpieczającego.
²⁾ Osoba uprawniona do przystąpienia do ubezpieczenia – osoba spełniająca kryteria z propozycji ubezpieczeniowej, np. zatrudnienie na umowę o pracę, osoby zatrudnione powyżej X miesięcy, osoby zatrudnione na umowę o pracę lub zlecenie oraz właściele, osoby współpracujące, zarząd firmy.
UWAGA: jeśli podana liczba osób uprawnionych różni się od liczby osób zatrudnionych, w miejscu na uwagi należy wyjaśnić tę rozbieżność.



DANE OSOBY OBSŁUGUJĄCEJ U PRACODAWCY (dane osoby do kontaktu po stronie Pracodawcy)

Imię (imiona)

Nazwisko

Numer telefonu

E-mail

Miejsce na uwagi

Oświadczenia Ubezpieczającego

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jednocześnie oświadczam, że przed zawarciem umowy otrzymałam/em ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieką Zdrowotną o indeksie AOZ03 wraz z załącznikami, zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 21/2024 oraz zapoznałam/em się z nimi. Oświadczam, że doręczę każdemu przystępującemu do umowy, o której zawarzę niniejszym wnioskiem, przed wyrażeniem przez niego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, warunki umowy do której będzie przystępował, w tym ww. ogólne warunki ubezpieczenia.

Oświadczam, że przed złożeniem mi propozycji zawarcia niniejszej umowy ubezpieczenia przeprowadzono badanie moich wymagań i potrzeb w celu weryfikacji czy proponowana umowa jest z nimi zgodna w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia przekazano mi dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (kartę produktu) oraz dokument informacyjny zawierający informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

Klauzula informacyjna

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 Panią/Pana wyraźna 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 ciążyącego 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 wyraźna 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., Powszechnie 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, centrum 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)

Zgoda klienta na elektroniczną obsługę umowy ubezpieczenia

Chcę, aby moja umowa ubezpieczenia była obsługiwana elektronicznie, dlatego zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną (przez e-mail, SMS/MMS, internetowe konto klienckie):

☐ powiadomien o zbliżającym się terminie płatności składki (TUnZ/ZO/NT/Z/004/1)

☐ pism wskazujących osoby, które ukończyły wiek przewidziany w umowie (TUnZ/ZO/NT/Z/006/2)

Zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną oraz telefonicznie, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, informacji, o których mowa w art. 20 ust. 2-4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej dotyczących:

☐ propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy i zmian w zakresie sumy ubezpieczenia (TUnZ/ZO/NT/Z/008/2)

Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną

Wyrażam zgodę na kontakt poprzez:

☐ wiadomości e-mail (TUnZ/ZM/NT/Z/003/1)

☐ wiadomości sms/mms (TUnZ/ZM/NT/Z/004/1)

☐ telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUnZ/ZM/NT/Z/005/2)

W celu przedstawienia mi kompleksowo dopasowanych informacji, w tym o produktach, usługach, promocjach, konkursach i zniżkach, zgadzam się na:

☐ automatyczne podejmowanie decyzji, w tym profilowanie dla określenia moich preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia mi przygotowanej na tej podstawie oferty (TUnZ/ZM/NT/Z/002/2)

☐ udostępnianie 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/008/2,0)

Oświadczenie Ubezpieczającego dot. statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (PEP), członków rodziny PEP oraz bliskich współpracowników PEP
Należy wypełnić gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną.

Na podstawie ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu każdy klient TU Allianz Życie Polska S.A. zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w zakresie statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (PEP), bycia członkiem rodziny PEP oraz bliskim współpracownikiem PEP. Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi został określony w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw finansów publicznych wydanego na podstawie art. 46c ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Oświadczam, że jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Czy Ubezpieczający zajmuje eksponowane stanowisko polityczne*?

☐ tak

☐ nie

stanowisko: _____

Czy Ubezpieczający jest członkiem rodziny PEP**?

☐ tak

☐ nie

Czy Ubezpieczający jest bliskim współpracownikiem PEP***?

☐ tak

☐ nie

(Należy wypełnić, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną, w przypadku zaznaczenia TAK należy wypełnić dodatkowy załącznik Oświadczenie PEP)

***Osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne (PEP)** w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – osoba fizyczna (z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla) zajmująca znaczące stanowisko lub pełniąca znaczącą funkcję publiczną w tym:

- szełowie państw, szefowie rządów, ministrowie, wice ministrowie, sekretarze stanu,
- członkowie parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- członkowie organów zarządzających partii politycznych,
- członkowie sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
- członkowie trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- ambasadorowie, chargés d'affaires oraz wyżsi oficerowie sił zbrojnych,
- członkowie organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorzy, zastępcy dyrektorów oraz członkowie organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorzy generalni w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorzy generalni urzędów wojewódzkich,
- inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.

****Członkowie rodziny PEP** – rozumie się przez to:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

*****Osoby znane jako bliscy współpracownicy PEP** – rozumie się przez to:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi został określony w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw finansów publicznych wydanego na podstawie art. 46c ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Imię, nazwisko osoby upoważnionej/reprezentującej Ubezpieczającego*

PESEL

 lub

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

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

Dokument tożsamości i nr**

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)**

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis osoby upoważnionej/reprezentującej Ubezpieczającego

Imię, nazwisko osoby upoważnionej/reprezentującej Ubezpieczającego*

PESEL

 lub

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

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

Dokument tożsamości i nr**

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)**

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis osoby upoważnionej/reprezentującej Ubezpieczającego

Oświadczam, że dokonałem sprawdzenia tożsamości Ubezpieczającego (lub osoby jego reprezentującej) oraz dokumentów potwierdzających umocowanie do reprezentowania/działania w imieniu Ubezpieczającego (odpis z KRS, wpis w CEiDG, pełnomocnictwo).

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis pośrednika

* W przypadku gdy w imieniu Ubezpieczającego wniosek podpisuje pełnomocnik, pełnomocnictwo należy dołączyć do wniosku.

** W przypadku gdy w imieniu Ubezpieczającego wniosek podpisuje reprezentant pole nie jest wymagane.