

Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia  
pracodawcy – medycyna pracy

| Nr wniosku | Kod<br>pośrednika | Kod oddziału |
|------------|-------------------|--------------|
|            |                   |              |

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

|                 |                      |     |                      |             |                      |
|-----------------|----------------------|-----|----------------------|-------------|----------------------|
| Nazwa firmy     | <input type="text"/> |     |                      |             |                      |
| Nazwa firmy cd. | <input type="text"/> |     |                      |             |                      |
| REGON           | <input type="text"/> | NIP | <input type="text"/> | PKD wiodąca | <input type="text"/> |

Charakter prowadzonej działalności

Siedziba firmy

|                 |                      |           |                      |             |                      |
|-----------------|----------------------|-----------|----------------------|-------------|----------------------|
| Ulica           | <input type="text"/> |           |                      |             |                      |
| Nr domu         | <input type="text"/> | Nr lokalu | <input type="text"/> | Miejscowość | <input type="text"/> |
| Kod pocztowy    | <input type="text"/> | Pocztą    | <input type="text"/> | Kraj        | <input type="text"/> |
| Tel. kontaktowy | <input type="text"/> | E-mail    | <input type="text"/> |             |                      |

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż siedziby)

|              |                      |           |                      |             |                      |
|--------------|----------------------|-----------|----------------------|-------------|----------------------|
| Ulica        | <input type="text"/> |           |                      |             |                      |
| Nr domu      | <input type="text"/> | Nr lokalu | <input type="text"/> | Miejscowość | <input type="text"/> |
| Kod pocztowy | <input type="text"/> | Pocztą    | <input type="text"/> | Kraj        | <input type="text"/> |

Wniosek jest ważny wyłącznie z załącznikiem (uzupełnia pośrednik):

|                                                                                 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kwotacją nr                                                                     | <input type="text"/> | dotyczącą propozycji ubezpieczenia podpisaną przez Ubezpieczającego.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Proponowany początek ochrony ubezpieczeniowej (d-m-r)                           | <input type="text"/> | Częstotliwość opłacania składek <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Liczba osób zatrudnionych <sup>1)</sup>                                         | <input type="text"/> | <p><sup>1)</sup> 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.<br/><b>UWAGA:</b> jeśli podana liczba osób zatrudnionych różni się od liczby pracowników zadeklarowanych, w miejscu na uwagi należy wyjaśnić tę rozbieżność.</p> |
| Liczba pracowników zadeklarowanych Allianz od 1. dnia miesiąca początku ochrony | <input type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Załączniki – zaznacz właściwe

|                                                                                            |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> propozycja ubezpieczenia podpisana przez Ubezpieczającego         | <input type="checkbox"/> raport stanu osobowego ubezpieczenia pracodawcy |
| <input type="checkbox"/> podpisana przez Ubezpieczającego ankieta ubezpieczenia pracodawcy | <input type="checkbox"/> pismo o odstąpieniu, jeśli było udzielone       |

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

|                |                      |        |                      |
|----------------|----------------------|--------|----------------------|
| Imię (imiona)  | <input type="text"/> |        |                      |
| Nazwisko       | <input type="text"/> |        |                      |
| Numer telefonu | <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |

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 pracodawcy – medycyna pracy o indeksie MP 02 wraz z załącznikami zatwierdzone uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 4/2024 oraz zapoznałam/em się z nimi.

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 i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflanckiej 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 przechowywania dokumentów księgowych. (TUIR/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. (TUIR/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](mailto:IOD@allianz.pl), lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie Internetowej [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl), we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUIR/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 – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (TUIR/KI/NT/Z/004/2)
- zawarcia umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy (TUIR/KI/NT/Z/005/2)
- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUIR/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 (TUIR/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 (TUIR/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 (TUIR/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 (TUIR/KI/NT/Z/022/1)
- 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 (TUIR/KI/NT/Z/023/1)
- dochodzenia roszczeń związanych 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 (TUIR/KI/NT/Z/024/1)
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUIR/KI/NT/Z/025/1)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora. (TUIR/KI/NT/Z/018/2)

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. (TUIR/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. (TUIR/KI/NT/Z/028/1)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać udostępnione zakładom reasekuracji, które reasekurują daną umowę ubezpieczenia. (TUIR/KI/NT/Z/030/1)

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 Allianz Życie 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, warsztatom naprawczym, 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. (TUIR/KI/NT/Z/040/1)

**Przysługuje Pani/Panu prawo do:**

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUIR/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 (TUIR/KI/NT/Z/015/2)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUIR/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 (TUIR/KI/NT/Z/036/1)
- przenoszenia 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 (TUIR/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. (TUIR/KI/NT/Z/038/1).

**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):

☐ informacji i dokumentów niezbędnych do wykonania niniejszej umowy ubezpieczenia (TUIR/ZO/NT/Z/002/1)

☐ powiadomień o zbliżającym się terminie płatności składki (TUIR/ZO/NT/Z/004/1)

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

**Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez:**

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

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

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

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

☐ marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zakończeniu umowy (TUIR/ZM/NT/Z/001/2)

☐ 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 (TUIR/ZM/NT/Z/002/2)

☐ udostępnianie moich danych następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie 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 (TUIR/ZM/NT/Z/007/2)

Imię, nazwisko Ubezpieczającego

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis pośrednika