

Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia pracodawcy – medycyna pracy /Application for conclusion of insurance contract employers – occupational medicine

Nr wniosku /Application number	Kod pośrednika /Intermediary code	Kod oddziału /Branch code

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/DATA OF THE POLICYHOLDER

Nazwa firmy /Company name	
REGION	
NIP	
PKD wiodąca /Main PKD	

Charakter prowadzonej działalności /Type of activity

Siedziba firmy /registered office

Ulica /Street	
Nr domu /House no.	
Nr lokalu /Premises no	
Miejscowość /Town/City	
Kod pocztowy /Postal code	
Pocztą /Post Office branch	
Kraj /Country	
Tel. kontaktowy /Phone	
E-mail	

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż siedziby) / Address for correspondence (if different from address of registered office)

Ulica /Street	
Nr domu /House no.	
Nr lokalu /Premises no	
Miejscowość /Town/City	
Kod pocztowy /Postal code	
Pocztą /Post Office branch	
Kraj /Country	

Wniosek jest ważny wyłącznie z załącznikiem (uzupełnia pośrednik): /The application is only valid with the attachment (to be completed by the intermediary):

Kwotacją nr /Quotation No		dotyczącą propozycji ubezpieczenia podpisaną przez Ubezpieczającego. /regarding the insurance proposal signed by the Insuring Party.
Proponowany początek ochrony ubezpieczeniowej (d-m-r) /Proposed start of coverage (d-m-y)		Częstotliwość opłacania składek ☐ miesięczna ☐ kwartalna ☐ półroczna ☐ roczna /Frequency of insurance premium /monthly /quarterly /half-yearly /yearly

Liczba osób zatrudnionych ¹⁾ /Number of persons employed ¹⁾	
Liczba pracowników zadeklarowanych Allianz od 1. dnia miesiąca początku ochrony /Number of employees declared to Allianz as of the 1st of the month of the beginning of coverage	

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.
Employed person – a person who is employed by the Insuring Party on the basis of an employment contract, appointment, selection, nomination, cooperative employment contract or other civil law contract, the object of which is to provide work for the Insuring Party.
UWAGA: jeśli podana liczba osób zatrudnionych różni się od liczby pracowników zadeklarowanych, w miejscu na uwagi należy wyjaśnić tę rozbieżność.
NOTE: if the number of eligible persons given differs from the number of persons employed, explain this discrepancy in the comments space.

Załączniki – zaznacz właściwe /Appendices – tick as appropriate

- | | |
|---|--|
| ☐ propozycja ubezpieczenia podpisana przez Ubezpieczającego
/insurance proposal signed by the Insuring Party | ☐ raport stanu osobowego ubezpieczenia pracodawcy
/staff report |
| ☐ podpisana przez Ubezpieczającego ankieta ubezpieczenia pracodawcy
/signed by the Policyholder – employer's insurance survey | ☐ pismo o odstępstwo, jeśli było udzielone
/letter of derogation, if granted |



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

/ADDRESS OF EMPLOYER'S DESIGNATED PERSON (Employer's contact person)

Imię (imiona) /Given name(s)	
Nazwisko /Last name	
Numer telefonu /Telephone number	
E-mail	

Miejsce na uwagi / Space for comments

Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną / Client consent to receive marketing information, including offers, promotions and discounts by e-mail

Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez:

- ☐ wiadomości e-mail (TUiR/ZM/NT/Z/003/1)
☐ wiadomości sms/mms (TUiR/ZM/NT/Z/004/1) / sms/mms
☐ telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUiR/ZM/NT/Z/005/2)
/telephone, including by means of telecommunications terminal equipment and automated calling systems

W celu przedstawienia mi kompleksowo dopasowanych informacji, w tym o produktach, usługach, promocjach, konkursach i zniżkach, zgadzam się na:
/In order to provide me with comprehensively tailored information, including about products, services, promotions, competitions and discounts, I agree to:

- ☐ marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zakończeniu umowy (TUiR/ZM/NT/Z/001/2)
/direct marketing of your own products or services after the end of the contract
☐ 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)
/automatic decision-making, including profiling to determine my preferences or needs for products or services and to provide me with an offer prepared on this basis
☐ 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)
/for my data to be shared with the following entities: Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A. and funds managed by it, Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services Sp. z o.o. (registered office address of the abovementioned entities: ul. Inflancka 4B, 00-189 Warsaw) for marketing purposes via the contact channels to which I have given my consent

Imię, nazwisko Ubezpieczającego /Full name the Insuring Party

Data podpisania (d-m-r) /Signing date (d-m-y)

Czytelny podpis Ubezpieczającego /Legible signature of the Insuring Party

Data podpisania (d-m-r) /Signing date (d-m-y)

Czytelny podpis pośrednika /Legible signature of the intermediary