

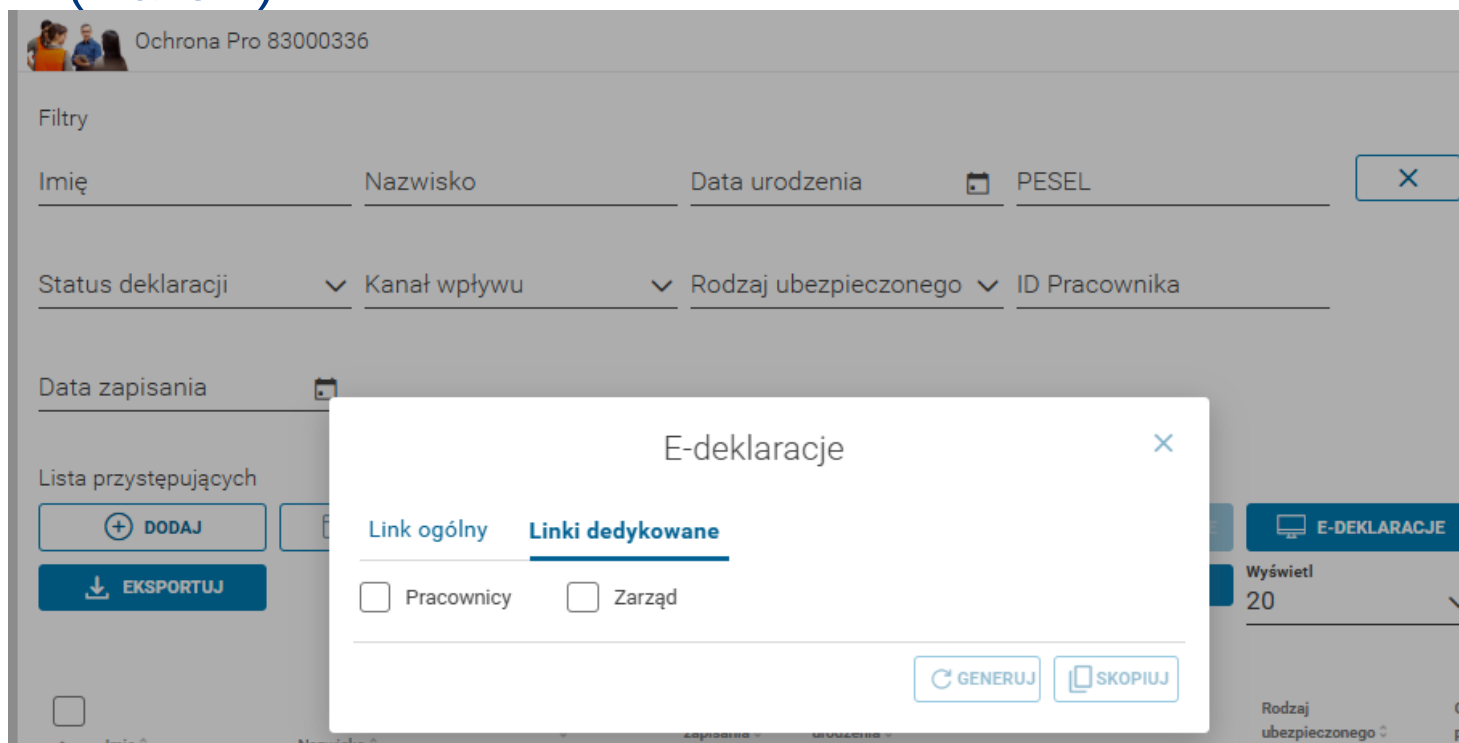
Ochrona Pro

E-deklaracja



E-DEKLARACJA – ZALOGUJ SIĘ DO CZAKA

- ✓ Zaloguj się do Czaka – dla Agenta lub osoby obsługującej u Pracodawcy
- ✓ Przejdź do zakładki „Grupowe” > Obsługa ubezpieczeń grupowych > Wyszukaj wnioski/polisę
- ✓ W wyszukiwarce wyszukaj nr wniosku i wejdź w akcję „Przystąpienie”
- ✓ Kliknij E-DEKLARACJE, wybierz zakładkę „Link ogólny” lub „Linki dedykowane” zaznacz podgrupy, kliknij GENERUJ, a następnie skopiuj wygenerowany link i udostępnij go pracownikowi (mailem)



The screenshot displays the Allianz Czaka system interface. At the top, the user is logged in as 'Ochrona Pro 83000336'. Below this is a search filter section with fields for 'Imię', 'Nazwisko', 'Data urodzenia', and 'PESEL'. There are also dropdown menus for 'Status deklaracji', 'Kanał wpływu', 'Rodzaj ubezpieczonego', and 'ID Pracownika'. A 'Data zapisania' field with a calendar icon is also present. On the left, there is a 'Lista przystępujących' section with a '+ DODAJ' button and an 'EKSPORTUJ' button. On the right, there is a 'Wyświetl' section with a '20' value and a dropdown arrow. A modal window titled 'E-deklaracje' is open in the center. It has two tabs: 'Link ogólny' and 'Linki dedykowane'. Under 'Linki dedykowane', there are two checkboxes: 'Pracownicy' and 'Zarząd'. At the bottom of the modal, there are two buttons: 'GENERUJ' and 'SKOPIUJ'. In the background, a table with columns for 'Imię', 'Nazwisko', 'Data urodzenia', and 'PESEL' is visible.

E-DEKLARACJA POPROWADZI CIĘ PRZEZ KOLEJNE EKRANY

Wybierz typ ubezpieczonego

1 Wybierz typ ubezpieczonego — 2 Twoje oświadczenie o kontynuacji 3 Wybierz ofertę 4 Twoje dane osobowe 5 Twoje dane adresowe 6 Dane o Twoich uposażonych 7 Twoje zgody

TYLKO KILKA KROKÓW I JESTEŚ W UBEZPIECZENIU

1. Wybierz typ ubezpieczonego
2. Twoje oświadczenie o kontynuacji/Twoje oświadczenia
3. Wybierz ofertę
4. Twoje dane osobowe
5. Twoje dane adresowe
6. Dane o Twoich uposażonych
7. Twoje zgody

E-DEKLARACJA Ekran startowy

Witamy w e-deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia

Podczas logowania poprosimy Cię o:

- numer PESEL — jeśli nie masz, podaj datę urodzenia, rodzaj i numer dokumentu tożsamości
- adres e-mail i nr telefonu — potrzebujemy ich, by kontaktować się z Tobą w sprawie Twojej polisy
- datę zatrudnienia u pracodawcy, który zaproponował Ci to ubezpieczenie

Jeżeli chcesz dołączyć pełnoletnich członków rodziny jako samodzielnych ubezpieczonych, przygotuj:

- adres e-mail i nr telefonu członka rodziny — wyślemy na nie link do jego deklaracji

DALEJ

E-DEKLARACJA podstawowe dane osobowe

Uzupełnij dane:

- ✓ Pesel (w przypadku braku nr Pesel wystarczy podać datę urodzenia, rodzaj i nr dok. Tożsamości)
- ✓ Datę urodzenia
- ✓ Rodzaj i nr dokumentu
- ✓ Datę ważności dokumentu
- ✓ Adres e-mail
- ✓ Nr telefonu

→ INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie. Pani/Pana dane będziemy przetwarzać, aby zawrzeć i wykonać umowę ubezpieczenia, ocenić ryzyko ubezpieczeniowe, wykonać inne obowiązki ciążące na nas z mocy przepisów prawa oraz realizować marketing bezpośredni, przeprowadzać analizy, tworzyć statystyki i profile klientów. Ma Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, sprzeciwu oraz złożenia skargi do organu nadzorczego.

[Pokaż więcej](#) ▼

☐ Wyrażam zgodę na przesłanie na wskazany przeze mnie adres e-mail ogólnych warunków ubezpieczenia oraz innych dokumentów związanych z procesem przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

Nazwa ubezpieczającego

Super Demo

Numer wniosku/polisu

83000336



Pesel



Data urodzenia



RRRR-MM-DD

Rodzaj dokumentu



Nr dokumentu

Data ważności dokumentu



☐ Dokument bezterminowy

E-mail



Nr telefonu

+48



Data początku ochrony

2025-06-01



Upewnij się, że podajesz poprawne dane - w dalszej części nie będzie można ich zmienić.

DALEJ

E-DEKLARACJA mail do ubezpieczonego z OWU



Po wypełnieniu podstawowych danych osobowych i podaniu adresu e-mail, na wskazany w e-deklaracji adres e-mail prześlemy OWU



Witaj w Allianz - zapoznaj się
z o.w.u i informacją
o przetwarzaniu danych
osobowych

Dzień dobry, w załączniku znajdziesz ogólne warunki ubezpieczenia GLAR dla polisy nr 83000091 wraz z informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

Pozdrawiamy

Twój Agent Elżbieta Grabowska, 606291007

Infolinia 224 224 224 (opłata zgodna z taryfą operatora)

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, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP 526-020-09-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w całości).

E-DEKLARACJA Wybierz typ ubezpieczonego

- ✓ Określ czy przystępujesz jako pracownik czy jako członek rodziny
- Opcja Jestem członkiem rodziny jest dostępna, gdy w polisie dostępne są warianty dla rodziny np. małżonka/partnera/pełnoletniego dziecka

Wybierz typ ubezpieczonego

1 Wybierz typ ubezpieczonego 2 Twoje oświadczenie o kontynuacji 3 Twoje oświadczenia 4 Wybierz ofertę 5 Twoje dane osobowe 6 Twoje dane adresowe 7 Dane o Twoich uposażonych 8 Twoje zgody

Wybierz typ ubezpieczonego

JESTEM PRACOWNIKIEM

JESTEM CZŁONKIEM RODZINY

DALEJ

E-DEKLARACJA Wybierz typ ubezpieczonego

- ✓ Jeżeli przystępujesz jako członek rodziny wypełnij dane pracownika, który zgłosił Ciebie do ubezpieczenia:

Wybierz typ ubezpieczonego

1 Wybierz typ ubezpieczonego2 Twoje oświadczenie o kontynuacji3 Twoje oświadczenia4 Wybierz ofertę5 Twoje dane osobowe6 Twoje dane adresowe7 Dane o Twoich uposażonych8 Twoje zgody

Wybierz typ ubezpieczonego

JESTEM PRACOWNIKIEM

JESTEM CZŁONKIEM RODZINY

Dane pracownika, który zgłosił Ciebie do ubezpieczenia

Imię

Nazwisko

Pesel

RRRR-MM-DD

Rodzaj dokumentu

Nr dokumentu

Stopień pokrewieństwa

Data zatrudnienia

RRRR-MM-DD

DALEJ

E-DEKLARACJA wypełnij oświadczenia

- ✓ Jeżeli Twój pracodawca kontynuuje ubezpieczenie wypełnij oświadczenie o kontynuacji

Twoje oświadczenie o kontynuacji

1 Wybierz typ ubezpieczonego 2 **Twoje oświadczenie o kontynuacji** 3 Twoje oświadczenia 4 Wybierz ofertę 5 Twoje dane osobowe 6 Twoje dane adresowe 7 Dane o Twoich uposażonych 8 Twoje zgody

Oświadczam, że:

- 1 Byłem/-łam ubezpieczony/-a w umowie grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym ubezpieczycielem oraz przerwa pomiędzy zakończeniem mojej ochrony z tytułu wcześniejszej umowy i proponowaną datą przystąpienia do umowy będzie nie dłuższa niż jeden miesiąc.

(Jeśli odpowiesz „Tak”, warunki i okres trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia ustalimy na podstawie dokumentów, o które Cię poprosimy przy zgłoszeniu roszczenia, o ile będzie to potrzebne dla oceny jego zasadności.)

- ☐ TAK, jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą.
- ☐ NIE, nie mogę podpisać takiego oświadczenia.

COFNIJ

DALEJ

E-DEKLARACJA Wypełnij oświadczenia

- ✓ W ubezpieczeniu Ochrona Pro mogą pojawić się dodatkowe oświadczenia: Oświadczenie o stanie zdrowia oraz Oświadczenie o aktualnej sytuacji zdrowotnej

Twoje oświadczenia

1 Wybierz typ ubezpieczonego

2 Twoje oświadczenie o kontynuacji

3 **Twoje oświadczenia**

4 Wybierz ofertę

5 Twoje dane osobowe

6 Twoje dane adresowe

7 Dane o Twoich uposażonych

8 Twoje zgody

Oświadczam, że:

- W ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am leczony/a, nie rozpoznano u mnie ani nie pozostawałem/am pod kontrolą lekarską z powodu niżej wymienionych chorób: nowotwór złośliwy; guz mózgu lub rdzenia kręgowego; udar mózgu; tętniak mózgu lub aorty; krwotok mózgowy; wada serca; choroby serca (nie dotyczy nadciśnienia tętniczego krwi bez powikłań narządowych); cukrzyca (nie dotyczy cukrzycy ciężkowej); przewlekłe zapalenie trzustki; przewlekłe zapalenie nerek; niewydolność nerek; choroby wątroby; przewlekłe zapalenie, niewydolność, marskość, zwłóknienie, uszkodzenie; stwardnienie rozsiane; przewlekła niewydolność oddechowa; choroba Alzheimera; choroba Parkinsona; padaczka; porażenie kończyn; dystrofia mięśniowa; stwardnienie zanikowe boczne; zakażenie wirusem HIV.
- W ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am ani obecnie nie jestem: uzależniony/a, leczony/a, kierowany/a na leczenie z powodu nadużywania alkoholu, narkotyków, leków, środków odurzających lub substancji psychotropowych, ani nie stwierdzono u mnie nadużywania żadnej z tych substancji (w tym alkoholu).
- W ciągu ostatnich 12 miesięcy: nie przebywałem/am w szpitalu, ani nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim przez okres dłuższy niż 30 kolejnych dni, ani nie mam wskazań do leczenia szpitalnego lub operacyjnego.
Oświadczenie nie dotyczy: leczenia złamań/skręceń kończyn, operacji przepukliny brzusznej lub pachwinowej, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków lub haluksów, zabiegów stomatologicznych, operacji przegrody nosa, ciąży i porodu, opieki nad członkiem rodziny.

☐ TAK - jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą.

☐ NIE - nie mogę podpisać takiego oświadczenia. 

Oświadczam, że:

- W dniu złożenia tego wniosku nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum (także domowym), ośrodku opieki dla przewlekłe chorych, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, nie mam orzeczonej niezdolności do pracy ani niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym, nie otrzymuję świadczenia rehabilitacyjnego ani nie ubiegam się o nie, nie ubiegam się też o rentę z tytułu niezdolności do pracy.

☐ TAK - jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą.

☐ NIE - nie mogę podpisać takiego oświadczenia.

COFNIJ

DALEJ

E-DEKLARACJA Wybierz sposób przystąpienia

- ✓ Jeżeli przystępujesz jako Pracownik określ czy przystępujesz sam czy z rodziną oraz wybierz wariant/uzupełnienia oraz pakiety dla siebie

Wybierz sposób przystąpienia

PRZYSTĘPUJĘ SAM

PRZYSTĘPUJĘ Z RODZINĄ

Wybierz wariant dla siebie ⓘ

☐ Wariant 1 (188,86 zł)



☐ Wariant 2 (244,94 zł)



Wybierz pakiety dla siebie ⓘ

☐ pakiet GPS zdrowie : 15 zł



☐ [GPS] Pakiet chorobowy Plus : 14 zł



DALEJ

E-DEKLARACJA Wybierz sposób przystąpienia

- ✓ Jeżeli przystępujesz jako Pracownik i określisz, że przystępujesz z rodziną, możesz wskazać pełnoletniego członka rodziny, uzupełniając rodzaj pokrewieństwa, e-mail i nr telefonu członka rodziny

Wskaż pełnoletniego członka rodziny

Rodzaj

E-mail

Telefon

+ Dodaj

DALEJ

E-DEKLARACJA mail z linkiem dla członka rodziny

- ✓ Mail do członka rodziny z linkiem do wypełnienia e-deklaracji dla członka rodziny wysyłamy po złożeniu e-deklaracji przystąpienia pracownika, który przystępuje z pełnoletnim członkiem rodziny i wskazał dane członka rodziny w swojej e-deklaracji



Witaj w Allianz - przesyłamy Ci [link do e-deklaracji](#)

Dzień dobry, ze względu na członka swojej rodziny masz możliwość przystąpić do grupowego ubezpieczenia nr 83000102. Jeśli chcesz to zrobić, wypełnij e-deklarację. Zajmie Ci to kilka minut. Przejdź do e-deklaracji:

[Kliknij link](#) W załączeniu znajdziesz też informację o przetwarzaniu danych osobowych.

Pozdrawiamy



Twój Agent Elżbieta Grabowska, 606291007



Infolinia 224 224 224 (opłata zgodna z taryfą operatora)

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, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w całości).

E-DEKLARACJA Twoje dane osobowe

- ✓ Podaj Twoje dane o zatrudnieniu oraz dane osobowe uzupełniając wszystkie obligatoryjne pola

Twoje dane o zatrudnieniu

Data zatrudnienia	 
RRRR-MM-DD	
Zawód	
Forma zatrudnienia: Umowa o pracę	
☐ Tak ☐ Nie	
ID Pracownika	

Twoje dane osobowe

Imię	
Nazwisko	
Pełni: 85013104990	 Data urodzenia 1985-01-31 
RRRR-MM-DD	
Płeć	
Obywatelstwo	
Kraj urodzenia	
Rodzaj dokumentu Dowód osobisty	 Nr dokumentu ZPH739163

DALEJ

E-DEKLARACJA Twoje dane adresowe

- ✓ Uzupełnij swoje dane adresowe uzupełniając wszystkie obligatoryjne pola
- ✓ Możesz wskazać adres korespondencyjny jeżeli jest inny niż adres zamieszkania

Twoje dane adresowe

3 Twoje oświadczenia 4 Wybierz ofertę 5 Twoje dane osobowe 6 **Twoje dane adresowe**

Kraj

Kod pocztowy

Pocztą

Miejscowość

Prefiks

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

☐ Adres korespondencyjny inny niż zamieszkania 

COFNIJ

DALEJ

E-DEKLARACJA Dane o Twoich uposażonych

- ✓ Możesz wskazać dane o uposażonych wskazując typ uposażonego, jego imię, nazwisko, datę urodzenia i % świadczenia. Możesz także wskazać jako uposażonych bank lub osobę prawną oraz uposażonych zastępczych

Dane o Twoich uposażonych

1 Wybierz typ ubezpiezonego 2 Twoje oświadczenie o kontynuacji 3 Twoje oświadczenia 4 Wybierz ofertę 5 Twoje dane osobowe 6 Twoje dane adresowe 7 Dane o Twoich uposażonych 8 Twoje zgody

Dane Twoich uposażonych

Osoba, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego.

Nazwa

Procent świadczenia

+ Dodaj uposażonego

Uposażeni zastępczy

Osoba zastępcza, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego.

Nazwa

Procent świadczenia

+ Dodaj uposażonego

COFNIJ

DALEJ

E-DEKLARACJA Twoje zgody

✓ Wypełnij obowiązkowe do zaznaczenia zgody dodatkowe, upoważnienia produktowe oraz pełnomocnictwa

Twoje zgody

1 Wybierz typ ubezpieczonego 2 Twoje oświadczenie o kontynuacji 3 Twoje oświadczenia 4 Wybierz ofertę 5 Twoje dane osobowe 6 Twoje dane adresowe 7 Dane o Twoich uposażonych 8 **Twoje zgody**

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

Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez:

- ☐ zaznaczyć wszystkie kanały kontaktu
- ☐ wiadomości e-mail
- ☐ wiadomości sms/mms
- ☐ telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących

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

- ☐ udostępnianie moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i natogach (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

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną:

- ☐ propozycji kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

Zgody niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia

- ☒ Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie) przez Administratora, dla celów podanych w treści klauzuli informacyjnej, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług.
- ☒ Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich danych osobowych (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie), w tym teledoresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia.

Oświadczenie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (dalej: Allianz) i wyrażam zgodę na zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sumy ubezpieczenia (w tym wysokość poszczególnych świadczeń) i składki. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową i podpisaniem niniejszej deklaracji otrzymałem/am i zapoznałem/am się z warunkami umowy, w tym ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona Pro o indeksie GPS1 wraz z załącznikami, zakresem ochrony i wysokością sumy ubezpieczenia (w tym poszczególnych świadczeń) dla wybranego przeze mnie wariantu (oraz uzupełnienia i pakietu – jeśli dotyczy).

Przyjmuję do wiadomości, że od daty przystąpienia do umowy do czasu zakończenia oceny medycznej obowiązywać będą składki i sumy ubezpieczenia dla limitu automatycznej akceptacji podane w obowiązującej dla umowy propozycji – o ile wnioskowany przeze mnie zakres ubezpieczenia przekroczy limit automatycznej akceptacji.

Oświadczenie dotyczące uzupełnień zakresu ochrony z limitem przystąpienia

Oświadczam, że jeśli wybrany przeze mnie element ubezpieczenia (uzupełnienie) nie zostanie uruchomiony z poniższego powodu, wówczas chcę skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej bez tego elementu.

Wyjaśnienie: Zgodnie z propozycją możemy uzależnić uruchomienie niektórych elementów ubezpieczenia (uzupełnień) od tego czy przystąpi do nich wymagana liczba osób.

Jeśli propozycja, którą zaakceptował Ubezpieczający ma takie ograniczenie, w razie braku wymaganej liczby osób, nie uruchomimy danego elementu, którego dotyczy ten warunek.

Oświadczenie o prawdziwości danych

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie zatajenia lub podania nieprawdźliwych informacji Allianz nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.

Pełnomocnictwo dla Ubezpieczającego

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich oświadczeń woli, koniecznych do zmiany, w tym także sumy ubezpieczenia, zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia na życie, 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.

Upoważnienie

- ☒ Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Allianz od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Allianz oraz wysokości świadczenia.
- ☒ Wyrażam zgodę, aby na zgłoszenie innego zakładu ubezpieczeń Allianz udostępnił temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osobę, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości. Upoważniam Allianz do zasięgania ww. informacji na mój temat od innych zakładów ubezpieczeń.
- ☒ Wyrażam zgodę na to, by podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz lekarze udostępniali Allianz moją dokumentację medyczną na podstawie art. 26 ustawy z o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym również po mojej śmierci, zaś Allianz mógł uzyskiwać od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Powyższe zgody nie wygasają z chwilą mojej śmierci.

Zgoda na potrącanie składek

- ☒ Upoważniam pracodawcę do potrącania składek ubezpieczeniowej za moje ubezpieczenie / ubezpieczenie członka mojej rodziny zgłoszonego na podstawie złożonej deklaracji z mojego wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa, lub innych wypłat.

E-DEKLARACJA Ekran podsumowania

- ✓ Podsumowanie danych wypełnionych w e-deklaracji z możliwością ich podglądu oraz powrotu do edycji

Podsumowanie

Wybrana przez Ciebie oferta	▼
Twoje oświadczenia	▼
Twoje dane osobowe	▼
Twoje dane adresowe	▼
Twoje zgody	▼

COFNIJ

ZŁÓŻ

E-DEKLARACJA Ekran podsumowania

- ✓ Po kliknięciu „Złóż” oraz potwierdzeniu poprawności danych, e-deklaracja składana jest do aplikacji CZAK, gdzie czeka ona na potwierdzenie i akceptację Agent'a lub osoby obsługującej.

Podsumowanie

Wybrana przez Ciebie oferta	▼
Twoje oświadczenia	▼
Twoje dane osobowe	▼
Twoje dane adresowe	▼
Twoje zgody	▼

Czy potwierdzasz, że dane wskazane przez Ciebie w e-deklaracji są poprawne?

Tak, potwierdzam Nie, wróć do podsumowania

Dziękujemy!

Uzupełnianie e-deklaracji zostało zakończone



Dziękujemy Ci za złożenie e-deklaracji. Przekazaliśmy ją do akceptacji Twojemu pracodawcy. Wiadomość od nas o dalszych krokach znajdziesz w e-mailu, który wysłaliśmy na Twój adres.

E-DEKLARACJA potwierdzenie złożenia e-deklaracji



- ✓ Po złożeniu e-deklaracji na wskazany adres e-mail ubezpieczony otrzymuje potwierdzenie złożenia e-deklaracji



Dziękujemy za Twoją e-deklarację

Dzień dobry,

przekazaliśmy Twoją e-deklarację do akceptacji Ubezpieczającego.
Składka za wybrany przez Ciebie zakres (wariant R1u) wynosi 70,00 zł.

Przyjęcie do ubezpieczenia potwierdzimy certyfikatem – prześlemy go na Twój adres e-mail.

Jeśli masz dodatkowe pytania związane z ubezpieczeniem, skontaktuj się z Ubezpieczającym.

Pozdrawiamy

Twój Agent Elżbieta Grabowska, 606291007

Infolinia 224 224 224 (opłata zgodna z taryfą operatora)

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, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w całości).

E-DEKLARACJA mail z ankietą medyczną

- ✓ Jeżeli wybrany przez Ubezpieczonego zakres przekracza FCL, po złożeniu e-deklaracji na wskazany adres e-mail ubezpieczony otrzymuje do wypełnienia ankietę medyczną



Wypełnij ankietę medyczną

Dzień dobry,

dziękujemy za Twoją deklarację. Wybrany przez Ciebie zakres ubezpieczenia przekracza limit automatycznej akceptacji.

Dlatego uzupełnij załączoną ankietę medyczną i dostarcz ją opiekunowi polisy w nieprzekraczalnym terminie 60 dni od daty podpisania deklaracji lub złożenia e-deklaracji.

(Zignoruj tę wiadomość, jeśli już doszło do przekazania uzupełnionego kwestionariusza.)

Do czasu zakończenia oceny medycznej w Twoim ubezpieczeniu będą obowiązywać sumy ubezpieczenia do wysokości limitu automatycznej akceptacji.

Pozdrawiamy,

Pozdrawiamy

 **Twój Agent** Elzbieta Grabowska, 606291007

 **Infolinia** 224 224 224 (opłata zgodna z taryfą operatora)

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, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w całości).

E-DEKLARACJA akceptacja e-deklaracji



- ✓ Po akceptacji e-deklaracji przez Administratora polisy, na wskazany adres e-mail ubezpieczony otrzymuje potwierdzenie zaakceptowania e-deklaracji



Twoja e-deklaracja została zaakceptowana

Dzień dobry,

Twoja e-deklaracja została zaakceptowana przez Ubezpieczającego.

Certyfikat, który jest potwierdzeniem przystąpienia do ubezpieczenia, prześlemy na Twój adres e-mail.

Jeśli masz dodatkowe pytania związane z ubezpieczeniem, skontaktuj się z Ubezpieczającym.

Pozdrawiamy

Twój Agent Elżbieta Grabowska, 606291007

Infolinia 224 224 224 (opłata zgodna z taryfą operatora)

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, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w całości).