

DODATKOWE OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PAKIETÓW

WAŻNE: Jeśli którekolwiek z poniższych oświadczeń dotyczących stanu Twojego zdrowia jest niezgodne z prawdą, nie składaj podpisu pod danym oświadczeniem. W takiej sytuacji nie możemy objąć Cię ochroną w zakresie pakietu, którego dotyczy to oświadczenie.

OŚWIADCZENIE NR 1 obowiązkowe w przypadku wybrania Pakietu Życie, Pakietu Zdrowe Życie lub Pakietu Chorobowego Plus/Ekstra/Max

Oświadczam, że:

- W ciągu ostatnich 5 lat nie byłem/am leczony/a, nie rozpoznano u mnie ani nie pozostawałem/am pod kontrolą lekarską z powodu żadnej z 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 ciężowej); przewlekłe zapalenie trzustki; przewlekłe zapalenie nerek; niewydolność nerek; choroby wątroby: przewlekłe zapalenie, niewydolność, marskość, zwłóknienie, uszkodzenie; stwardnienie rozsiane; zaburzenia i choroby psychiczne; przewlekła niewydolność oddechowa; choroba Alzheimera; choroba Parkinsona; padaczka; porażenie kończyn; dystrofia mięśniowa; stwardnienie zanikowe boczne; zakażenie wirusem HIV.
- W ciągu ostatnich 5 lat nie byłem/am ani obecnie nie jestem: uzależniony/a, leczony/a, kierowany/a na leczenie z powodu nadużywania alkoholu ani narkotyków, leków, środków odurzających lub substancji psychoaktywnych, ani nie stwierdzono u mnie nadużywania żadnej z tych substancji (w tym alkoholu).
- W ciągu ostatnich 12 miesięcy: nie przebywałem w szpitalu, ani nie przebywałem na zwolnieniu lekarskim przez okres dłuższy niż 30 kolejnych dni (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), ani zgodnie z moją wiedzą nie mam wskazań do leczenia szpitalnego lub operacyjnego.
- W ciągu ostatnich 6 miesięcy nie miałem/am utrzymujących się lub nawracających żadnych wskazanych niżej objawów chorobowych w związku z którymi zlecono mi wykonanie badań diagnostycznych lub konsultację specjalistyczną: bóle brzucha lub głowy o niewyjaśnionej przyczynie, bóle w klatce piersiowej, napady drgawkowe, omdlenia/utrata przytomności, powiększone węzły chłonne, zaburzenia równowagi, duszność, guzek w piersi lub w jądrach, krwioplucie, obecność krwi w stolcu lub moczu, niezamierzona postępująca utrata wagi, zaburzenia pamięci, przewlekłe stany podgorączkowe lub gorączkowe.

☐ Tak, jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą.

UWAGA: Jeśli to oświadczenie jest niezgodne z prawdą, nie składaj pod nim podpisu.

Data podpisania (dd-mm-rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis osoby przystępującej

--

OŚWIADCZENIE nr 2 obowiązkowe w przypadku wybrania Pakietu Onkologicznego

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi wykonania badań diagnostycznych ani konsultacji lekarskich w związku z:

- którymkolwiek z następujących objawów chorobowych: powiększone węzły chłonne; guzek w piersi lub w jądrach; krwioplucie; obecność krwi w stolcu lub moczu; niezamierzona postępująca utrata wagi; zmiana skóra, która zmieniła kształt, wielkość lub kolor; duszność; uporczywy/przewlekły kaszel; uporczywe/przewlekłe lub nawracające bóle i zawroty głowy, z rosnącą częstotliwością lub zaburzeniami widzenia (zamglenie/podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku),
- nieprawidłowymi wynikami badań obrazowych/endoskopowych (np. USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, mammografia, kolonoskopia, gastroscopia); badań laboratoryjnych (krwi lub moczu, w tym markery nowotworowe np. PSA); badania cytologii lub badania patomorfologicznego (badanie materiału pobranego w czasie biopsji lub wyciętego podczas operacji).

☐ Tak, jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą.

UWAGA: Jeśli to oświadczenie jest niezgodne z prawdą, nie składaj pod nim podpisu.

Data podpisania (dd-mm-rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis osoby przystępującej

--

OŚWIADCZENIE nr 3 obowiązkowe w przypadku wybrania Pakietu Kardiologicznego Plus/Ekstra/Max

Oświadczam, że:

- W ciągu ostatnich 5 lat nie byłem/am leczony/a, nie rozpoznano u mnie ani nie pozostawałem/am pod kontrolą lekarską z powodu którejkolwiek z niżej wymienionych chorób: udar mózgu krwotoczny lub niedokrwienny; tętniak mózgu lub aorty; krwotok mózgowy; miażdżyca tętnic, zator tętnicy, wada serca; choroby serca (nie dotyczy nadciśnienia tętniczego krwi bez powikłań narządowych); cukrzyca (nie dotyczy cukrzycy ciężowej), otyłości II lub III stopnia (BMI powyżej 35).
- W ciągu ostatnich 6 miesięcy nie miałem/am utrzymujących się lub nawracających wskazanych niżej objawów chorobowych w związku z którymi zlecono mi wykonanie badań diagnostycznych lub konsultację specjalistyczną: bóle głowy o niewyjaśnionej przyczynie, zaburzenia rytmu serca, bóle w klatce piersiowej, napady drgawkowe, omdlenia/utrata przytomności.
- Nie jestem w trakcie diagnostyki, nie mam skierowania do szpitala, ani nie czekam na zabieg lub operację z powodu podejrzenia chorób wymienionych w punkcie 1.

☐ Tak, jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą.

UWAGA: Jeśli to oświadczenie jest niezgodne z prawdą, nie składaj pod nim podpisu.

Data podpisania (dd-mm-rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis osoby przystępującej

--

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 Towarzystwo 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).

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 nieprawdziwych informacji **Allianz** nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.

Zgoda na potrącenie składki

Upoważniam pracodawcę do potrącania składki 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. TUNZ/UP/NT/T/004 1

Miejscowość

--

Data (dd-mm-rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

--

(Złóż czytelny podpis lub w formie, której zwykle używasz – na tej podstawie będziemy weryfikować, czy jesteś osobą ubezpieczoną, gdy będziesz składać dyspozycje w ramach umowy ubezpieczenia)

Data podpisania (dd-mm-rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego*

--

Data podpisania (dd-mm-rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis pośrednika

--

* Podpisuje osoba umocowana przez Ubezpieczającego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem umowy grupowego ubezpieczenia na życie.