

# Formularz wznowieniowy dla umowy ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (ULC)

Dotyczy: polisy nr \_\_\_\_\_  
Nr Agenta \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko Agenta \_\_\_\_\_  
Nr i nazwa oddziału \_\_\_\_\_

## Pierwszy Ubezpieczony

Płeć  K  M Stan cywilny  panna/kawaler  zamężna/żonaty  rozwiedziona/rozwiedziony  wdowa/wdowiec  
Imię (imiona) \_\_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_  
Typ dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Nr dok. tożsamości \_\_\_\_\_  
Obywatelstwo \_\_\_\_\_

## Adres korespondencyjny

Ulica \_\_\_\_\_  
Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_  
Tel. stacjonarny \_\_\_\_\_ Tel. kom. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Wykształcenie  podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe  
Zawód wykonywany (Prosimy o podanie szczegółów dotyczących branży oraz zajmowanego stanowiska) \_\_\_\_\_

Rodzaj zatrudnienia:  umowa o pracę  własna działalność gospodarcza  inny (jaki) \_\_\_\_\_  
Czy wykonuje Pan/Pani prace fizyczne?  TAK  NIE Czy obsługuje Pan/Pani maszyny budowlane/przemysłowe/rolnicze?  TAK  NIE  
Czy pracuje Pan/Pani na wysokościach?  TAK  NIE Maksymalna wysokość, na jakiej Pan/Pani pracuje  do 6 m  pow. 6 m  
Czy prowadzi Pan/Pani samochody ciężarowe (pow. 3,5 T)?  TAK  NIE  
Czy prowadzi Pan/Pani samochód osobowy?  TAK  NIE Ilość przejeżdżanych kilometrów miesięcznie \_\_\_\_\_  
Prosimy o podanie szczegółów dotyczących wykonywanego zawodu: czynności fizycznych, rodzaju obsługiwanych maszyn, przewożonych materiałów, informacji o innych zagrożeniach, np. promieniowanie, żrące środki chemiczne, napięcie w kV, itp. \_\_\_\_\_

## Drugi Ubezpieczony

Płeć  K  M Stan cywilny  panna/kawaler  zamężna/żonaty  rozwiedziona/rozwiedziony  wdowa/wdowiec  
Imię (imiona) \_\_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_  
Typ dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Nr dok. tożsamości \_\_\_\_\_  
Obywatelstwo \_\_\_\_\_

## Adres korespondencyjny

Ulica \_\_\_\_\_  
Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_  
Tel. stacjonarny \_\_\_\_\_ Tel. kom. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Wykształcenie  podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe  
Zawód wykonywany (Prosimy o podanie szczegółów dotyczących branży oraz zajmowanego stanowiska) \_\_\_\_\_

Rodzaj zatrudnienia:  umowa o pracę  własna działalność gospodarcza  inny (jaki) \_\_\_\_\_  
Czy wykonuje Pan/Pani prace fizyczne?  TAK  NIE Czy obsługuje Pan/Pani maszyny budowlane/przemysłowe/rolnicze?  TAK  NIE  
Czy pracuje Pan/Pani na wysokościach?  TAK  NIE Maksymalna wysokość, na jakiej Pan/Pani pracuje  do 6 m  pow. 6 m  
Czy prowadzi Pan/Pani samochody ciężarowe (pow. 3,5 T)?  TAK  NIE  
Czy prowadzi Pan/Pani samochód osobowy?  TAK  NIE Ilość przejeżdżanych kilometrów miesięcznie \_\_\_\_\_  
Prosimy o podanie szczegółów dotyczących wykonywanego zawodu: czynności fizycznych, rodzaju obsługiwanych maszyn, przewożonych materiałów, informacji o innych zagrożeniach, np. promieniowanie, żrące środki chemiczne, napięcie w kV, itp. \_\_\_\_\_

## Ubezpieczający

jak dane Pierwszego Ubezpieczonego  jak dane Drugiego Ubezpieczonego

Prosimy wypełnić, jeśli Ubezpieczającym nie jest ani Pierwszy, ani Drugi Ubezpieczony.

### Typ podmiotu

osoba fizyczna  osoba prawna  jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej

(w przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk – Dane osoby reprezentującej podmiot lub daną osobę fizyczną)

Płeć  K  M

Stan cywilny  panna/kawaler  zamężna/żonaty  rozwiedziona/rozwiedziony  wdowa/wdowiec

Imię (imiona)/nazwa firmy

\_\_\_\_\_

Nazwisko/nazwa firmy cd.

\_\_\_\_\_

PESEL

\_\_\_\_\_ Data urodzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_

Typ dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_ Nr dok. tożsamości \_\_\_\_\_

Obywatelstwo

\_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_

NIP\*

\_\_\_\_\_ PKD wiodąca \_\_\_\_\_

KRS/RHB

\_\_\_\_\_ Liczba zatrudnionych osób \_\_\_\_\_

Obrót roczny w ostatnim roku obrachunkowym:  do 3 mln  do 40 mln  pow. 40 mln

\* W przypadku osób fizycznych numer NIP wymagany jest jedynie od osób prowadzących działalność gospodarczą lub będących zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług.

### Adres korespondencyjny

Ulica

\_\_\_\_\_

Nr domu

\_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Tel. stacjonarny

\_\_\_\_\_ Tel. kom. \_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_

### Ubezpieczone Dziecko

Imię (imiona)

\_\_\_\_\_

Nazwisko

\_\_\_\_\_

PESEL

\_\_\_\_\_ Data urodzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_

Typ dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_ Nr dok. tożsamości \_\_\_\_\_

Obywatelstwo

\_\_\_\_\_ Stopień pokrewieństwa z Pierwszym Ubezpieczonym \_\_\_\_\_

### Adres korespondencyjny

jak adres Pierwszego Ubezpieczonego  jak adres Drugiego Ubezpieczonego

Prosimy wypełnić, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż adres korespondencyjny Pierwszego lub Drugiego Ubezpieczonego.

Ulica

\_\_\_\_\_

Nr domu

\_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Tel. stacjonarny

\_\_\_\_\_ Tel. kom. \_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_

### Tryb opłacania składek

polecenie zapłaty obowiązujące od pierwszej należnej składki po wznowieniu umowy

zgoda dołączona do formularza

polecenie zapłaty w celu wznowienia umowy (pobranie zaległych składek i opłaty wznowieniowej) oraz przyszłych należnych składek

zgoda dołączona do formularza

W przypadku braku przesłania formularza „Zgoda na obciążanie rachunku” prosimy o dokonywanie wpłat na numer konta wskazywany w korespondencji polisowej.

### Indeksacja

Prosimy o zaznaczenie decyzji odnośnie indeksacji dotyczącej ostatniej rocznicy polisy zgodnie z obowiązującym w Allianz najniższym wskaźnikiem indeksacji (ULC). Informujemy, że nie zaznaczenie odpowiedzi traktujemy jako odmowę propozycji indeksacji:

Wyrażam zgodę na indeksację składki.

Nie wyrażam zgody na indeksację składki.

### Pełnomocnictwo Pierwszego Ubezpieczonego

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich wcześniej ze mną uzgodnionych oświadczeń woli koniecznych do zmiany (także w zakresie sumy ubezpieczenia) umowy ubezpieczenia na życie, zawartej na moją rzecz na podstawie niniejszego formularza.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczonego 1 zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub w załączonym dokumencie tożsamości

### Pełnomocnictwo Drugiego Ubezpieczonego

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich wcześniej ze mną uzgodnionych oświadczeń woli koniecznych do zmiany (także w zakresie sumy ubezpieczenia) umowy ubezpieczenia na życie, zawartej na moją rzecz na podstawie niniejszego formularza.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczonego 2 zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub w załączonym dokumencie tożsamości

## Oświadczenie

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym wniosku oraz oświadczeniach o stanie zdrowia stanowiących załączniki do niniejszego wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Rodziny Hiszpańskich 1 (dalej zwaną również „Allianz”) moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nalogach, zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Allianz, dla celów podanych w treści Klauzuli informacyjnej znajdującej się poniżej.

Wyrażam zgodę na to, by podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych udostępniły TU Allianz Życie Polska S.A. moją dokumentację medyczną na podstawie art. 26 ustawy z o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym również po mojej śmierci, zaś TU Allianz Życie Polska S.A. mogła 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 weryfikacji 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.

Wyrażam także zgodę na wykonanie mi badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbek krwi w kierunku przeciwciał anti-HIV.

W przypadku reasekuracji ryzyka przyjętego przez Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia,

wykonwanym zawodzie i uprawianych sportach/hobby firmie reasekuracyjnej Allianz SE Königinstrasse 28, 80802 Munchen oraz firmie reasekuracyjnej Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034 Zürich, Switzerland.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Allianz oraz wysokości świadczenia.

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Allianz, na pisemną prośbę innych zakładów ubezpieczeń, moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji danych podanych przeze mnie przy zawieraniu umowy, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez Allianz informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, w myśl przepisu art. 39 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ponadto wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Allianz wyżej wymienionych informacji od innych zakładów ubezpieczeń w zakresie oraz w celu opisanym w zdaniu poprzednim.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią i zakresem pełnomocnictwa wystawionego przez TU Allianz Życie Polska S.A. agentowi, który przyjął wniosek.

Oświadczam, że otrzymałem/am aktualną na dzień zawarcia umowy informację Allianz o opodatkowaniu świadczeń ubezpieczeniowych, stanowiącą integralną część zawartej przeze mnie umowy ubezpieczenia.

Oświadczam także, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia doręczone mi zostały ogólne warunki ubezpieczenia, zapoznałem/am się z ich treścią i po uzyskaniu wyjaśnień agenta wynegocjowałem/am i wybrałem/am najodpowiedniejszy dla siebie wariant umowy.

(wersja dla uKlauzula informacyjna (TUUnZ/KI/NT/T/001/1.0)

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 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 wynikających 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. (TUUnZ/KI/NT/Z/001/2.0)

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. (TUUnZ/KI/NT/Z/019/1.0)

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. (TUUnZ/KI/NT/Z/020/1.0)

**Podanie przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:** (TUUnZ/KI/NT/T/002/2.0)

– 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 (TUUnZ/KI/NT/Z/004/2.0)

– wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUUnZ/KI/NT/Z/006/2.0)

– 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 (TUUnZ/KI/NT/Z/007/2.0)

– 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 (TUUnZ/KI/NT/Z/021/1.0)

– 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 (TUUnZ/KI/NT/Z/011/2.0)

– 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 (TUUnZ/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 (TUUnZ/KI/NT/Z/023/1.0)

– 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 (TUUnZ/KI/NT/Z/024/1.0)

– reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUUnZ/KI/NT/Z/025/1.0)

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. (TUUnZ/KI/NT/Z/018/2.0)

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia umowy 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. (TUUnZ/KI/NT/Z/027/1.0)

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Panią/Pana dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historie umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUUnZ/KI/NT/Z/028/1.0)

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. (TUUnZ/KI/NT/Z/029/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji Allianz SE Königinstrasse 28, 80802 Monachium, Niemcy oraz Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034, Zurich, Szwajcaria. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUUnZ/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. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 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. (TUUnZ/KI/NT/Z/040/1.0)

**Przysługuje Pani/Panu prawo do:** (TUUnZ/KI/NT/Z/003/1.0)

– dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUUnZ/KI/NT/Z/035/1.0)

– 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 (TUUnZ/KI/NT/Z/015/2.0)

– wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUUnZ/KI/NT/Z/017/2.0)

– 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 (TUUnZ/KI/NT/Z/036/1.0)

– 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 (TUUnZ/KI/NT/Z/037/1.0)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej.

(TUUnZ/KI/NT/Z/038/1.0)

**Zgody niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia:** (TUUnZ/ZD/NT/T/003/1.0)

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. (TUUnZ/ZD/NT/Z/011/1.0)

Zgody dodatkowe (TUnZ/ZD/NT/T/001/1.0)

Zgoda klienta na elektroniczną obsługę umowy ubezpieczenia (TUnZ/ZO/NT/T/001/2.0)

Chcę, aby moja umowa ubezpieczenia była obsługiwana elektronicznie, dlatego zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną (przez e-mail, SMS/MMS, internetowe konto klienta): (TUnZ/ZO/NT/T/002/1.0)

powiadomieni o zbliżającym się terminie płatności składki (TUnZ/ZO/NT/Z/004/1.0)

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: (TUnZ/ZO/NT/T/004/2.0)

propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy (TUnZ/ZO/NT/Z/009/2.0)

wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, wartości wykupu ubezpieczenia, wartości premii oraz zmianach w zakresie sumy ubezpieczenia (w zakresie, w jakim ma zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia) (TUnZ/ZO/NT/Z/010/2.0)

Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną (TUnZ/ZM/NT/T/001/1.0)

Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez: (TUnZ/ZM/NT/T/004/2.0)

wiadomości e-mail (TUnZ/ZM/NT/Z/003/1.0)

wiadomości sms/mms (TUnZ/ZM/NT/Z/004/1.0)

telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUnZ/ZM/NT/Z/005/2.0)

W celu przedstawienia mi kompleksowo dopasowanych informacji, w tym o produktach, usługach, promocjach, konkursach i zniżkach, zgadzam się na: (TUnZ/ZM/NT/T/002/2.0)

marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zakończeniu umowy (TUnZ/ZM/NT/Z/001/2.0)

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/002/2.0)

udostępnianie moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nałogach (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. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę (TUnZ/ZM/NT/Z/008/2.0)

Uwagi dodatkowe

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczającego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie, na deklaracji lub w załączonym dokumencie tożsamości

(W przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej lub reprezentanta.)

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczonego 1 zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub w załączonym dokumencie tożsamości

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczonego 2 zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub w załączonym dokumencie tożsamości

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczonego Dziecka  
(przedstawiciela ustawowego, jeśli Dziecko jest niepełnoletnie)

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć Przedstawiciela TU Allianz Życie Polska S.A.

## Oświadczenie Ubezpieczonego Dziecka o stanie zdrowia\*

Dotyczy: polisy nr \_\_\_\_\_

### Ubezpieczone Dziecko

Imię (imiona) \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_

Wzrost dziecka (cm) \_\_\_\_\_ Waga dziecka (kg) \_\_\_\_\_

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania poprzez wstawienie X w rubrykę TAK lub NIE. W przypadku odpowiedzi twierdzącej prosimy o podanie dodatkowych, uzupełniających odpowiedź informacji.

#### Pytanie

Nie Tak Szczegółowe informacje

<p>1. Czy naturalni rodzice, rodzeństwo dziecka kiedykolwiek chorowali/chorują lub zmarli w następstwie takich chorób jak: choroba nowotworowa (jakiego narządu), choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, cukrzyca, choroby neurologiczne (choroba Parkinsona, Alzheimer, stwardnienie rozsiane, porażenia, niedowład, choroby dziedziczne lub wrodzone)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	<p>Jeśli tak, prosimy o podanie rodzaju choroby oraz wieku w momencie zachorowania.</p>
<p>2. Czy kiedykolwiek dziecko uległo wypadkowi, zewnętrznym lub wewnętrznym obrażeniom ciała, zatruciu, oparzeniu? Jeśli tak, prosimy o podanie szczegółów (data, rodzaj doznanego urazu oraz konsekwencje ww. zdarzeń) oraz dołączenie kopii dokumentacji z leczenia.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	
<p>3. Czy dziecko było leczone szpitalnie (operacyjnie lub zachowawczo), sanatoryjnie lub ambulatoryjnie? Jeśli tak, prosimy o podanie powodu i daty leczenia, jego rezultatu, adresu placówki i nazwiska lekarza oraz wszelkich posiadanych informacji na piśmie, dotyczących schorzenia i jego leczenia.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	<p>Jeżeli tak, prosimy o dołączenie kart informacyjnych, wyników badań, konsultacji, czasu trwania zwolnień lekarskich, itp.</p>
<p>4. Czy dziecko chorowało lub obecnie choruje na choroby:</p> <p>a) serca i układu krążenia, nadciśnienie  b) układu oddechowego  c) przewodu pokarmowego  d) układu moczowo-płciowego  e) gruczołów dokrewnych  f) układu nerwowego i narządów zmysłu (słuchu, wzroku)  g) psychiczne  h) układu kostno-stawowego  i) układu krwiotwórczego  j) metaboliczne (cukrzyca, lipidy)  k) nowotworowe  l) skóry</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	<p>Jeśli TAK, prosimy o odpowiedź na następujące pytania dodatkowe:  a) Która z wymienionych obok chorób była rozpoznana i leczona?  b) Data rozpoznania.  c) Jaki był przebieg leczenia (czy zastosowano leczenie szpitalne, operacyjne lub zachowawcze, sanatoryjne lub ambulatoryjne)?  d) Jak długo trwało leczenie i rehabilitacja?</p>
<p>5. Czy obecnie dziecko jest w trakcie leczenia lub czy poddawane będzie leczeniu zachowawczemu lub operacyjnemu? Jeśli tak, prosimy o podanie kiedy, gdzie i z jakiego powodu?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	
<p>6. Czy dziecko przyjmuje jakiegokolwiek przepisane bądź nieprzepisane przez lekarza środki medyczne (z jakiego powodu, jaki lek, jaka dawka, jak długo)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	
<p>7. a) Czy występują zaburzenia wzroku? Jeśli tak, czy dziecko nosi okulary/szklę kontaktowe?  b) Czy wada wzroku jest całkowicie korygowana używanymi okularami/szklami kontaktowymi?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	<p>Liczba dioptrii:  prawe oko _____ lewe oko _____</p>
<p>8. Czy kiedykolwiek ubiegano się dla dziecka o przyznanie renty inwalidzkiej i czy została ona przyznana? Jeśli tak, prosimy o podanie z jakiego powodu, od kiedy i która grupa została przyznana?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	

Dodatkowe wyjaśnienia:

\_\_\_\_\_ Data

Podpis Ubezpieczonego Dziecka/Przedstawiciela ustawowego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym dokumentem tożsamości

\* Wypełnia przedstawiciel ustawowy w przypadku, gdy Ubezpieczone Dziecko jest niepełnoletnie.