

Wniosek o wprowadzenie zmian do umowy ubezpieczenia:  
Plan z gwarancją kapitału/Allianz Gwarantowany Kapitał (kod produktu: KAP)  
Plan pełnej ochrony (kod produktu: TER4)  
Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie (kod produktu: TER)  
Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym (kod produktu: KAP)



potwierdzonej polisą nr \_\_\_\_\_ Kod  Z  I

**Ubezpieczający**  
Imię (imiona)/nazwa firmy \_\_\_\_\_  
Nazwisko/nazwa firmy cd. \_\_\_\_\_  
Kraj urodzenia \_\_\_\_\_ Rezydencja podatkowa\* \_\_\_\_\_  
**Adres korespondencyjny (prosimy wypełnić, jeśli adres korespondencyjny uległ zmianie)**  
Ulica \_\_\_\_\_  
Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

**Ubezpieczony**  
Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
Zawód wykonywany (branża, zajmowane stanowisko) \_\_\_\_\_  
Czy obecnie uprawia Pan/Pani sport/hobby?  TAK – amatorsko  TAK – zawodowo  NIE  
Jeżeli tak to jaki? Jak często? \_\_\_\_\_  
W przypadku uprawiania ryzykownego sportu/hobby Allianz zastrzega sobie prawo do zwrócenia się z prośbą o podanie szczegółowej charakterystyki uprawianego sportu/ hobby.  
\* Prosimy o wskazanie Pana/i rezydencji podatkowej (kraju opłacania podatków od dochodów osobistych) – dwuliterowy kod kraju, w przypadku posiadania kilku rezydencji podatkowych prosimy o wskazanie ich wszystkich

**I. DODANIE UBEZPIECZONEGO DZIECKA (dotyczy umowy ubezpieczenia Plan Pełnej Ochrony, kod produktu: TER4)**

Prosimy wypełnić w przypadku dodania Ubezpieczonego Dziecka. Nie należy wpisywać danych dotychczasowych Ubezpieczonego/ Ubezpieczonych Dzieci

Dane Ubezpieczonego Dziecka ...	Dane Ubezpieczonego Dziecka ...
Imię _____ Nazwisko _____	Imię _____ Nazwisko _____
Data urodzenia _____	Data urodzenia _____
PESEL _____	PESEL _____
Obywatelstwo/-a _____	Obywatelstwo/-a _____
Typ dok. tożsamości _____	Typ dok. tożsamości _____
Seria i nr dok. toż. _____	Seria i nr dok. toż. _____
<b>Adres zameldowania</b> <input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> inny _____	<b>Adres zameldowania</b> <input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> inny _____
<b>Adres korespondencyjny</b> <input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> inny _____	<b>Adres korespondencyjny</b> <input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> inny _____

**Pełnomocnictwo dla Ubezpieczającego**

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 wniosku.

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczonego

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczonego Dziecka ...  
(przedstawiciela ustawowego, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczonego Dziecka ...  
(przedstawiciela ustawowego, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

**Oświadczenie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego**

Wyrażam wolę aby prawa i obowiązki Ubezpieczającego w razie jego śmierci lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych przyznane zostały Ubezpieczonemu zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia.

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczającego

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczonego



## II. Zmiany w umowie ubezpieczenia (głównej) lub umowach dodatkowych

W przypadku:

- zawarcia nowej umowy dodatkowej – prosimy zaznaczyć X w polu ZAWARCIE i uzupełnić sumę ubezpieczenia/świadczenie oraz składkę dla tej umowy,
- podwyższenia dotychczasowej sumy ubezpieczenia/świadczenia dla umowy – prosimy zaznaczyć X w polu PODWYŻSZENIE i uzupełnić wartość, o którą ma wzrosnąć suma ubezpieczenia/świadczenie oraz składkę za dodatkową (nową) część sumy ubezpieczenia/świadczenia dla tej umowy,
- obniżenia dotychczasowej sumy ubezpieczenia/świadczenia umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych – prosimy zaznaczyć X w polu OBNIŻENIE i uzupełnić nową niższą sumę ubezpieczenia/świadczenia,
- rezygnacji z umowy dodatkowej – prosimy zaznaczyć X w polu REZYGNACJA.

Wiek Ubezpieczonego w dniu podpisania niniejszego wniosku: \_\_\_\_ lat/a

### Umowa ubezpieczenia (główna)

Podwyższenie	Obniżenie	Umowa	Suma ubezpieczenia	Sekcja wypełniana w przypadku wnioskowania o podwyższenie sumy ubezpieczenia	
				Dodatkowa składka roczna	Dodatkowa składka dla wybranej częstotliwości
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TER4			

### Umowy dodatkowe

Zawarcie	Podwyższenie	Obniżenie	Rezygnacja	Umowa**	Suma ubezpieczenia/świadczenie	Sekcja wypełniana w przypadku wnioskowania o zawarcie umowy lub podwyższenie sumy ubezpieczenia/świadczenia			
						Dodatkowa składka roczna	Współczynnik podwyżki składki ze względu na podwyższone ryzyko	Dodatkowa składka roczna po podwyżce	Dodatkowa składka dla wybranej częstotliwości po podwyżce
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DNW2					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZ2		<input type="checkbox"/> palenie _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZR		<input type="checkbox"/> palenie _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADL					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWS	_____ zł za dzień pobytu w szpitalu				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWSR	_____ zł za dzień pobytu w szpitalu				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOP					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOPR					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZS (dotyczy umowy TER4)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZP (dotyczy umowy TER4)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DWR2	_____ zł miesięcznie przez _____ lat				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	CAR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	DCAR (dotyczy umowy TER4)	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	ASSR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej				
			<input type="checkbox"/>	DNW/DPZ/DWR/DIW/DIN					

\*\* Kody poszczególnych umów dodatkowych wyjaśniono na końcu niniejszego formularza

Zawarcie	Podwyższenie	Ubezpieczone Dziecko ...		
		Umowa	Suma ubezpieczenia/Świadczenie dzienne dla DPS	Składka ochronna dla wybranej częstotliwości
<input type="checkbox"/>		TERD	100 zł	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUN		
<input type="checkbox"/>		DCAR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczone Dziecko 1				

Zawarcie	Podwyższenie	Ubezpieczone Dziecko ...		
		Umowa	Suma ubezpieczenia/Świadczenie dzienne dla DPS	Składka ochronna dla wybranej częstotliwości
<input type="checkbox"/>		TERD	100 zł	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DZD		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPS		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUN		
<input type="checkbox"/>		DCAR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczone Dziecko 2				

Szacowana wysokość pierwszej dodatkowej składki z tytułu umów o które wnioskuje Ubezpieczający lub umów, dla których wnioskuje on o podwyższenie sumy ubezpieczenia/świadczenia.  
(UWAGA: Ochrona ubezpieczeniowa zgodnie ze zmienionym zakresem rozpocznie się od dnia wskazanego w aneksie do polisy. Jeśli pierwsza dodatkowa składka uiszczona w kwocie szacowanej będzie wyższa niż składka należna to nadpłacona część składki zostanie zaliczona na poczet kolejnych płatności.)

## Oświadczenie dotyczące rezygnacji z umów dodatkowych i obniżenia wysokości sum ubezpieczenia/świadczeń

Oświadczam, że jeśli mój wniosek dotyczy rozwiązania następujących umów dodatkowych: DNW, DPZ, DIW, DIN, DWR to składam go w tym zakresie pod warunkiem wprowadzenia zmian do umowy ubezpieczenia wynikających z niniejszego wniosku lub zaproponowanych przez Allianz na skutek niniejszego wniosku, o ile wyrażę na nie zgodę.

Jeżeli Allianz odmówi wprowadzenia wnioskowanych przeze mnie zmian do umowy ubezpieczenia lub jeśli nie wyrażę zgody na zmiany zaproponowane przez Allianz, umowy dodatkowe – wskazane w zdaniu poprzedzającym – nie ulegną rozwiązaniu a ochrona z ich tytułu będzie nadal świadczona na niezmiennych warunkach.

## Deklaracja dobrego stanu zdrowia Ubezpieczonego

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że nie została u mnie rozpoznana żadna choroba przewlekła\*. W ciągu ostatniego roku nie byłem (am) na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 4 tygodnie. Nie mam wskazań lekarskich do okresowej kontroli medycznej po leczeniu poważnego zachorowania ani do leczenia operacyjnego. Nic mi nie wiadomo o przesłankach medycznych wskazujących na możliwość pogorszenia się mojego stanu zdrowia.

Tak, jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą.  Nie, nie mogę podpisać takiego oświadczenia (w przypadku zaznaczenia pola „Nie” prosimy o dołączenie Oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia).

\* Choroba przewlekła – każde schorzenie, którego przebieg przedłuża się powyżej 3 miesięcy, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub w warunkach szpitalnych (wymagająca wg wiedzy medycznej podawania leków i/lub regularnej obserwacji lekarskiej), która wystąpiła w okresie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

## WYZNACZENIE UPOSAŻONYCH

Prosimy o wypełnienie jedynie w razie wnioskowania o zmianę wyznaczonych dotychczas Uposażonych dla umów wskazanych w tabeli poniżej lub w razie wnioskowania o zawarcie umowy dodatkowej DWR2.

Prosimy wskazać wysokość świadczenia z dokładnością do 1%.

Dane Uposażonych prosimy wpisywać wyraźnie, drukowanymi literami.

Uposażeni Ubezpieczonego				
Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia	PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)	Pokrewieństwo z Ubezpieczonym	% świadczenia
dot. umowy ubezpieczenia głównej i umowy dodatkowej DNW/DNW2				
Uposażeni				
1				
2				
3				
Uposażeni Zastępczy				
1				
2				
dot. umowy dodatkowej DWR/DWR2				
Uposażeni				
1				
2				
3				
Uposażeni Zastępczy				
1				
2				

## Oświadczenia Ubezpieczającego/Ubezpieczonego:

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym wniosku oraz w 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.

Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku zostały mi doręczone wskazane poniżej warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych wraz z załącznikami, a także Karta Produktu (dotyczy tylko KAP).

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

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

## Deklaracja zgody na przetwarzanie danych:

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 nałogach, zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Allianz, dla celów podanych w treści Klauzuli informacyjnej znajdującej się poniżej.

W przypadku reasekuracji ryzyka przyjętego przez Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie i uprawianych sportach/hobby firmie reasekuracyjnej Allianz SE Königinstrasse 28, 80802 München oraz firmie reasekuracyjnej Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellevestrasse 36, 8034 Zürich, Switzerland.

## Upoważnienie:

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 uzyskać 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.

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

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 potrzebnym 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 zasięganie przez Allianz wyżej wymienionych informacji od innych zakładów ubezpieczeń w zakresie oraz w celu opisanym w zdaniu poprzednim.

## DLA UBEZPIECZAJĄCEGO

### Klauzula 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 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 Pani/Pana wyraźna zgoda (TUnZ/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 (TUnZ/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 obowiązków prawnego ciążącego na Administratorze (TUnZ/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 ścigania przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUnZ/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 (TUnZ/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 (TUnZ/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 zapewniającą 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. (TUnZ/KI/NT/Z/018/2.0)

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. (TUnZ/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/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historie umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUnZ/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. (TUnZ/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. (TUnZ/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, podmiotem świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUnZ/KI/NT/Z/040/1.0)

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

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUnZ/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 (TUnZ/KI/NT/Z/015/2.0)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUnZ/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 (TUnZ/KI/NT/Z/036/1.0)
- przeniesienia 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 (TUnZ/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. (TUnZ/KI/NT/Z/038/1.0)

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

Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnienie moich danych osobowych (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie), w tym teled adresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/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 klienckie): (TUnZ/ZO/NT/T/002/1.0)

- powiadomień o zbliżającym się terminie płatności składki (TUnZ/ZO/NT/Z/004/1.0)
- informacji o każdorazowej zmianie doręczonego Dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie wraz z załącznikami (TUnZ/ZO/NT/Z/011/2.0)

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)
- udostępnienie 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 funduszmom 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)

Podpis Ubezpieczającego

#### DLA UBEZPIECZONEGO

**Klauzula informacyjna** (TUnZ/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. (TUnZ/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. (TUnZ/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. (TUnZ/KI/NT/Z/020/1.0)

**Podanie przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:** (TUnZ/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 ciążący na Administratorze (TUnZ/KI/NT/Z/004/2.0)
- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUnZ/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 (TUnZ/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 (TUnZ/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 (TUnZ/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 obowiązków prawnego ciążącego na Administratorze (TUnZ/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 ścigania przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUnZ/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 (TUnZ/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 (TUnZ/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 zapewniającą 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. (TUnZ/KI/NT/Z/018/2.0)

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. (TUnZ/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 Pana/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUnZ/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. (TUnZ/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, Bellevestrasse 36, 8034, Zurych, Szwajcaria. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUnZ/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, centrom 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. (TUnZ/KI/NT/Z/040/1.0)

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

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUnZ/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 (TUnZ/KI/NT/Z/015/2.0)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUnZ/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 (TUnZ/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 (TUnZ/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. (TUnZ/KI/NT/Z/038/1.0)

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

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie) i nałogów (o ile dotyczy) przez Administratora, dla celów podanych w treści klauzuli informacyjnej, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. (TUnZ/ZD/NT/Z/010/1.0)

Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich danych osobowych (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie), w tym teled adresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/ZD/NT/Z/011/1.0)

Podpis Ubezpieczonego

### Warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umów dodatkowych zawartych na podstawie niniejszego wniosku:

- **DNW2 – Śmierć wskutek wypadku:** Warunki umowy dodatkowej – śmierć wskutek wypadku zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 238/2015.
- **DPZ2 – Poważne zachorowanie (wariant standard):** Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 239/2015.
- **DPZR – Poważne zachorowania (wariant komfort):** Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 239/2015.
- **ADL – Niezdolność do samodzielnej egzystencji:** Warunki umowy dodatkowej – niezdolność do samodzielnej egzystencji zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 240/2015.
- **PWS – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku:** Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu wskutek wypadku zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 241/2015.
- **PWSR – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby:** Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 241/2015.
- **LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku:** Warunki umowy dodatkowej – leczenie operacyjne wskutek wypadku zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 242/2015.
- **LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby:** Warunki umowy dodatkowej – leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 242/2015.
- **DWR2 – Renta miesięczna w razie śmierci Ubezpieczonego:** Warunki umowy dodatkowej – renta miesięczna w razie śmierci Ubezpieczonego zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 243/2015.
- **CAR – Allianz Best Doctors:** Warunki umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 151/2017.
- **ASSR – Allianz Assistance:** Warunki świadczenia usług Allianz Assistance zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 245/2015.

### Umowy dodatkowe występujące tylko dla umowy ubezpieczenia Plan Pełnej Ochrony (kod produktu TER4):

- **UNZS – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Wypadku (wariant standard):** Warunki umowy dodatkowej – trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Wypadku zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 90/2016.
- **UNZP – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Wypadku (wariant progresywny):** Warunki umowy dodatkowej – trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Wypadku zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 90/2016.
- **TERD – Ubezpieczenie na życie dziecka:** Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie dziecka zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 85/2016.
- **DZD – Poważne zachorowanie dziecka:** Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowanie dziecka zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 92/2016.
- **DPS – Pobyt w Szpitalu dziecka:** Warunki umowy dodatkowej – pobyt w Szpitalu dziecka zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 83/2016.
- **DUN – Uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek Wypadku dziecka:** Warunki umowy dodatkowej – uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek Wypadku dziecka zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 84/2016.
- **CAR – Allianz Best Doctors (wariant dla Ubezpieczonego):** Warunki umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 149/2017.
- **DCAR – Allianz Best Doctors (wariant dla dziecka):** Warunki umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 149/2017.

### Wyjaśnienie kodów umów dodatkowych DNW/DPZ/DWR/DIW/DIN:

- **DNW** – Ubezpieczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku
- **DPZ** – Ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania
- **DWR** – Wypłata renty miesięcznej w razie śmierci Ubezpieczonego
- **DIW** – Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób
- **DIN** – Zwolnienie z opłacania składek na wypadek inwalidztwa

### Ubezpieczający

### Ubezpieczony

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Data

### Ubezpieczone Dziecko ...

(Przedstawiciel ustawowy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

### Ubezpieczone Dziecko ...

(Przedstawiciel ustawowy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

### Agent/Broker Ubezpieczeniowy

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

Podpis

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Data