

# Wniosek o ustanowienie/zmianę osób Uposażonych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro

Dotyczy: polisy nr

## Ubezpieczony

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL  REGON

Typ dokumentu tożsamości  Nr dok. tożsamości

## Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu  Nr lokalu  Miejscowość

Kod pocztowy  - Poczta  Kraj

Tel. stacjonarny  Tel. kom.

E-mail

Unieważniając poprzednie dyspozycje\* niniejszym wyznacza następujących Uposażonych:

\* Nie dotyczy pierwszego ustanowienia Uposażonych.

## Uposażeni z tytułu umowy głównej:

Lp.	Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL (osoby fizycznej)/REGON lub NIP (firmy)	% świadczenia (z dokładnością do 1%)
1.				%
2.				%
3.				%
4.				%
5.				%
				1 0 0 %

Zaznacz w przypadku jednakowego ustanowienia Uposażonych z tytułu umowy głównej i umowy/ów dodatkowych

## Uposażeni zastępczy z tytułu umowy głównej:

Uposażeni zastępczy – osoby wskazane przez Ubezpieczonego, którym przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia.

Lp.	Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL (osoby fizycznej)/REGON lub NIP (firmy)	% świadczenia (z dokładnością do 1%)
1.				%
2.				%
3.				%
4.				%
5.				%
				1 0 0 %

Zaznacz w przypadku jednakowego ustanowienia Uposażonych zastępczych z tytułu umowy głównej i umowy/ów dodatkowych

## Uposażeni z tytułu umowy/ów dodatkowych:

Lp.	Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL (osoby fizycznej)/REGON lub NIP (firmy)	% świadczenia (z dokładnością do 1%)
1.				%
2.				%
3.				%
4.				%
5.				%
				1 0 0 %



**Uposażeni zastępczy z tytułu umowy/ów dodatkowych:**

Uposażeni zastępczy – osoby wskazane przez Ubezpieczonego, którym przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia.

Lp.	Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL (osoby fizycznej)/REGON lub NIP (firmy)	% świadczenia (z dokładnością do 1%)
1.				%
2.				%
3.				%
4.				%
5.				%
				1 0 0 %

Oświadczam, że znane mi są wszelkie konsekwencje zmiany Uposażonych wynikające z warunków ubezpieczenia, stanowiących podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia.

**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)  
 – 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 wyrażona 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 ciążącego 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 ścigania 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)  
 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 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 historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUUnZ/KI/NT/Z/028/1.0)  
 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 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., Towarzystwo 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. (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)  
**Zgoda klienta na elektroniczną obsługę umowy ubezpieczenia (TUUnZ/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):** (TUUnZ/ZO/NT/T/002/1.0)  
 powiadomieni o zbliżającym się terminie płatności składki (TUUnZ/ZO/NT/Z/004/1.0)  
 informacji o każdorazowej zmianie doręzonego Dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie wraz z załącznikami (TUUnZ/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:** (TUUnZ/ZO/NT/T/004/2.0)  
 propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy (TUUnZ/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) (TUUnZ/ZO/NT/Z/010/2.0)  
**Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną (TUUnZ/ZM/NT/T/001/1.0)**  
**Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez:** (TUUnZ/ZM/NT/T/004/2.0)  
 wiadomości e-mail (TUUnZ/ZM/NT/Z/003/1.0)  
 wiadomości sms/mms (TUUnZ/ZM/NT/Z/004/1.0)  
 telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUUnZ/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:** (TUUnZ/ZM/NT/T/002/2.0)  
 marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zakończeniu umowy (TUUnZ/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 (TUUnZ/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 fundusom 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 (TUUnZ/ZM/NT/Z/008/2.0)

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczonego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie, na deklaracji lub załączonym dokumentem tożsamości