

# Wniosek o zmiany „NA PLUS” do umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (kod produktu: ULTR)

potwierdzonej polisą nr

I. Dodanie Ubezpieczonego/ Ubezpieczonego Dziecka

II. Zawarcie umowy dodatkowej lub/i podwyższenie sumy ubezpieczenia w umowie dodatkowej

III. Podwyższenie składki podstawowej



Kod  Z  I

## Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

Kraj urodzenia  Rezydencja podatkowa\*

Dotychczasowy:

Ubezpieczony 1

Ubezpieczony 2

Imię i nazwisko:  Imię i nazwisko:

## I. DODANIE UBEZPIECZONEGO/ UBEZPIECZONEGO DZIECKA

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

### Dane Ubezpieczonego 2

Płeć  K  M Stan cywilny  panna/kawaler  zamężna/żonaty  rozwiedziona/rozwiedziony  wdowa/wdowiec

Imię (imiona)

Nazwisko

Data urodzenia

PESEL  Obywatelstwo/-a

Typ dokumentu tożsamości  Seria i nr dok. tożsamości

### Adres zameldowania

Ulica

Nr domu  Nr lokalu  Miejscowość

Kod pocztowy  -  Poczta  Kraj

Tel. stacjonarny  Tel. kom.

E-mail

Adres korespondencyjny *Prosimy wypełnić, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż adres zameldowania.*

Ulica

Nr domu  Nr lokalu  Miejscowość

Kod pocztowy  -  Poczta  Kraj

Wykształcenie:  podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe Zawód wyuczony

Zawód wykonywany (branża, zajmowane stanowisko)

Czy wykonuje Pan/Pani prace fizyczne?  TAK  NIE Czy obsługuje Pan/Pani maszyny budowlane/rolnicze/przemysłowe?  TAK  NIE

Czy pracuje Pan/Pani na wysokościach?  TAK  NIE Maksymalna wysokość, na jakiej Pan/Pani pracuje  do 6 m  7-30 m  pow. 30 m

Czy prowadzi Pan/Pani pojazdy ciężarowe (pow. 3,5 T)?  TAK  NIE

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.

Czy prowadzi Pan/Pani samochód osobowy?  TAK  NIE Ilość przejeżdżanych kilometrów miesięcznie  km

Rodzaj zatrudnienia:  umowa o pracę  własna działalność gospodarcza  inny (jaki? )

### Dane Ubezpieczonego Dziecka ...

Imię  Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Obywatelstwo/-a

Typ dok. tożsamości

Seria i nr dok. toż.

### Adres zameldowania

jak adres zam. Ubezpieczonego 1  jak adres zam. Ubezpieczonego 2

inny

### Adres korespondencyjny

jak adres koresp. Ubezpieczonego 1  jak adres koresp. Ubezpieczonego 2

inny

### Dane Ubezpieczonego Dziecka ...

Imię  Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Obywatelstwo/-a

Typ dok. tożsamości

Seria i nr dok. toż.

### Adres zameldowania

jak adres zam. Ubezpieczonego 1  jak adres zam. Ubezpieczonego 2

inny

### Adres korespondencyjny

jak adres koresp. Ubezpieczonego 1  jak adres koresp. Ubezpieczonego 2

inny

\* 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

## 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 2

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

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

## Oświadczenie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego 2

Wyrażam wolę aby prawa i obowiązki Ubezpieczającego w razie jego śmierci lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych przyznane zostały Ubezpieczonemu 1 albo odpowiednio Ubezpieczonemu 2, zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia.

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Czytelny podpis Ubezpieczonego 2

## II. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ.

### PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA W UMOWIE DODATKOWEJ

W przypadku zawarcia umowy dodatkowej (na rzecz dotychczasowych lub nowych Ubezpieczonych/ Ubezpieczonych Dzieci) prosimy zaznaczyć X w polu ZAWARCIE.

W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia/ świadczenia dziennego w dotychczasowej umowie, prosimy zaznaczyć X w polu PODWYŻSZENIE.

Wówczas w kolumnie „Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dzienne” prosimy podać wyłącznie wartość, o którą Klient chce podwyższyć dotychczasową sumę ubezpieczenia/ świadczenie dzienne, a w kolumnie „Składka ochronna dla wybranej częstotliwości” – wyłącznie kwotę podwyższenia składki.

### Umowy dodatkowe

Zawarcie	Podwyższenie	Ubezpieczony 1 <input type="checkbox"/> zwykła za zawód/hobby							
		Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dzienne dla PWS	Składka ochronna dla wybranej częstotliwości					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TER czas trwania _____ lat/lata (wymagany przy zawarciu)	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	zgodnie z o.w.u.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASSR*	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	zgodnie z o.w.u.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TERM5							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASSR*	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	zgodnie z o.w.u.					
		Lata polisowe	Składka	Lata polisowe	Składka	Lata polisowe	Składka	Lata polisowe	Składka
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DNW							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZ <input type="checkbox"/> palenie							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZR <input type="checkbox"/> palenie							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADL							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWS							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWSR							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOP							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOPR							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZS							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZP							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DWR2							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAR							
			zgodnie z warunkami umowy dodatkowej						
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczonego 1 po 5% niższe za roczną częstotliwość									

\*  Nie wyrażam zgody na zawarcie ASSR

Zawarcie	Podwyższenie	Ubezpieczony 2 <input type="checkbox"/> zwykła za zawód/hobby							
		Umowa	Suma ubezpieczenia/ Świadczenie dzienne dla PWS	Składka ochronna dla wybranej częstotliwości					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TER czas trwania _____ lat/lata (wymagany przy zawarciu)	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	zgodnie z o.w.u.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASSR*	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	zgodnie z o.w.u.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TERM5							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASSR*	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	zgodnie z o.w.u.					
		Lata polisowe	Składka	Lata polisowe	Składka	Lata polisowe	Składka	Lata polisowe	Składka
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...		od ... do ...	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DNW							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZ <input type="checkbox"/> palenie							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPZR <input type="checkbox"/> palenie							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADL							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWS							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWSR							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOP							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOPR							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZS							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNZP							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DWR2							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAR							
			zgodnie z warunkami umowy dodatkowej						
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczonego 2 po 5% niższe za roczną częstotliwość									

\*  Nie wyrażam zgody na zawarcie ASSR

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"/>	DZD		
<input type="checkbox"/>	DPS		
<input type="checkbox"/>	DUN		
<input type="checkbox"/>	DCAR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczone Dziecko ... po 5% niższe za roczną częstotliwość			

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"/>	DZD		
<input type="checkbox"/>	DPS		
<input type="checkbox"/>	DUN		
<input type="checkbox"/>	DCAR	zgodnie z warunkami umowy dodatkowej	
Dodatkowa składka ochronna za Ubezpieczone Dziecko ... po 5% niższe za roczną częstotliwość			

#### Dodatkowa składka ochronna do zapłaty

Dodatkowa składka ochronna po 5% niższe za roczną częstotliwość – SUMA za wszystkich Ubezpieczonych oraz Ubezpieczone Dzieci (do zapłaty zgodnie z wybranym cyklem opłacania składek)	
Szacowana wysokość pierwszej dodatkowej składki ochronnej należnej za okres od _____ do _____ – SUMA za wszystkich Ubezpieczonych oraz Ubezpieczone Dzieci (UWAGA: Ochrona ubezpieczeniowa zgodnie ze zmienionym zakresem rozpocznie się od dnia wskazanego w aneksie do polisy. Jeśli, zgodnie z aneksem do polisy, ochrona rozpocznie się później w stosunku do daty wskazanej powyżej, a pierwsza dodatkowa składka zostanie uiszczona w kwocie szacowanej to nadpłacona część składki zostanie zaliczona na poczet kolejnych płatności.)	

#### Deklaracja dobrego stanu zdrowia Ubezpieczonego dla sumy ubezpieczenia niższej bądź równej 5000 zł

Ja, niżej podpisany (a), oświadczam, że nie została u mnie rozpoznana żadna choroba przewlekła\*, jak również nie jestem w trakcie diagnostyki choroby. 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 o stanie zdrowia).

Podpis Ubezpieczonego 1: \_\_\_\_\_

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

Podpis Ubezpieczonego 2: \_\_\_\_\_

\*Choroba przewlekła – każde schorzenie, którego przebieg przedłuża się powyżej 3 miesięcy, choroba stała 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 wskazać wysokość świadczenia z dokładnością do 1%.

Dane Uposażonych prosimy wpisywać wyraźnie, drukowanymi literami.

W przypadku niewypełnienia poniższych tabeli przez dotychczasowych Ubezpieczonych, w mocy pozostają poprzednie dyspozycje dotyczące wskazania Uposażonych/Uposażonych Zastępczych.

Uposażeni Ubezpieczonego 1				
Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia	PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)	Pokrewieństwo z Ubezpieczonym	% świadczenia
dot. umowy podstawowej ULTR (*UWAGA):				
Uposażeni				
1				
2				
3				
Uposażeni Zastępczy				
1				
2				
dot. umów dodatkowych TER/TERM5 i DNW (wskazanie Uposażonych/Uposażonych Zastępczych ma zastosowanie do wszystkich nowych i dotychczasowych umów dodatkowych TER/TERM5 i DNW)				
Uposażeni				
1				
2				
3				
Uposażeni Zastępczy				
1				
2				
dot. umowy dodatkowej DWR2				
Uposażeni				
1				
2				
3				
Uposażeni Zastępczy				
1				
2				

Uposażeni Ubezpieczonego 2				
Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia	PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)	Pokrewieństwo z Ubezpieczonym	% świadczenia
dot. umowy podstawowej ULTR (*UWAGA):				
Uposażeni				
1				
2				
3				
Uposażeni Zastępczy				
1				
2				
dot. umów dodatkowych TER/TERM5 i DNW (wskazanie Uposażonych/Uposażonych Zastępczych ma zastosowanie do wszystkich nowych i dotychczasowych umów dodatkowych TER/TERM5 i DNW)				
Uposażeni				
1				
2				
3				
Uposażeni Zastępczy				
1				
2				
dot. umowy dodatkowej DWR2				
Uposażeni				
1				
2				
3				
Uposażeni Zastępczy				
1				
2				

\* W przypadku zawarcia umowy podstawowej ULTR na rachunek dwóch Ubezpieczonych świadczenie z jej tytułu zostanie wypłacone po śmierci drugiego z dwóch Ubezpieczonych, Uposażonym lub Uposażonym Zastępczym Ubezpieczonego, który zmarł drugi. W razie jednoczesnej śmierci obu Ubezpieczonych, świadczenie wypłacane jest w częściach równych Uposażonym lub Uposażonym Zastępczym wskazanym przez każdego z tych Ubezpieczonych.

### III. PODWYŻSZENIE SKŁADKI PODSTAWOWEJ

Zgodnie z warunkami ubezpieczenia, proszę o zmianę wysokości składki podstawowej do kwoty:  zł

#### 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 udostępniały 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 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.

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, Bellevuestrasse 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 udzielili 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.

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

#### Oświadczenie Ubezpieczającego/Ubezpieczonego 1/Ubezpieczonego 2/Ubezpieczonego Dziecka

Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku zostały mi doręczone wskazane poniżej warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych wraz z załącznikami, w tym Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, a także wskazana poniżej Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz Wykaz Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, Wykaz funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych, informacja Allianz o opodatkowaniu świadczeń ubezpieczeniowych i Karta Produktu.

#### 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 wynikającego 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 (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 obowiązku 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 ściganie 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 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. (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 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, 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, centrom telefonycznym, 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 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. (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 doręzonego Kluczonego Dokumentu zawierającego 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)
- udostępnianie moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nalogach (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)

## 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 dokonywania 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 obowiązku 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 ściganie 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 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. (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. (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 Pana/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię 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, Zurych, 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)
- 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 (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 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. (TUUnZ/ZD/NT/Z/010/1.0)

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)

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

- **ULTR – Plan na dziś i jutro:** Ogólne warunki ubezpieczenia Plan na dziś i jutro zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 217/2015.
- **Tabela opłat i limitów –** Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia Plan na dziś i jutro przyjęty uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 218/2015.
- **TER – Terminowe ubezpieczenie na życie:** Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 219/2015.
- **TERM5 – Bezterminowe ubezpieczenie na życie:** Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 219/2015.
- **DNW – Śmieć wskutek wypadku:** Warunki umowy dodatkowej – śmierć wskutek wypadku zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 220/2015.
- **DPZ – Poważne zachorowania (wariant standard):** Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 221/2015.
- **DPZR – Poważne zachorowania (wariant rozszerzony):** Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 221/2015.
- **ADL – Niezdolność do samodzielnej egzystencji:** Warunki umowy dodatkowej – niezdolność do samodzielnej egzystencji zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 222/2015.
- **PWS – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku:** Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu wskutek wypadku zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 223/2015.
- **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 223/2015.
- **LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku:** Warunki umowy dodatkowej – leczenie operacyjne wskutek wypadku zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 224/2015.
- **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 224/2015.
- **UNZS – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku (wariant standardowy):** Warunki umowy dodatkowej – trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 225/2015.
- **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 225/2015.
- **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 226/2015.
- **TERD – Ubezpieczenie na życie dziecka:** Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie dziecka zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 227/2015.
- **DZD – Poważne zachorowania dziecka:** Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania dziecka zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 228/2015.
- **DPS – Pobyt w szpitalu dziecka:** Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu dziecka zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 229/2015.
- **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 230/2015.
- **ASSR – Allianz Assistance:** Warunki świadczenia usług Allianz Assistance zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 231/2015.
- **CAR – Allianz Best Doctors:** Warunki umowy dodatkowej Allianz Best Doctors zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 150/2017.
- **DCAR – Allianz Best Doctors dla dziecka:** Warunki umowy dodatkowej Allianz Best Doctors zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 150/2017.
- **Regulaminy Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro –** Załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia Plan na dziś i jutro przyjęty uchwałą Zarządu nr 233/2015.
- **Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku –** Załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia Plan na dziś i jutro przyjęty uchwałą Zarządu nr 64/2006, wraz z suplementem.

### Ubezpieczający

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

\_\_\_\_\_  
Data

### Ubezpieczony 1

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

\_\_\_\_\_  
Data

### Ubezpieczony 2

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

\_\_\_\_\_  
Data

### Ubezpieczone Dziecko ...

(Przedstawiciel ustawowy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

\_\_\_\_\_  
Data

### Ubezpieczone Dziecko ...

(Przedstawiciel ustawowy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Czytelny podpis (podpis wzorcowy)

\_\_\_\_\_  
Data

### Agent/Broker Ubezpieczeniowy

Imię i nazwisko (litery drukowane)

Podpis

\_\_\_\_\_  
Data