

## Pełnomocnictwo

Dotyczy polisy/wniosku/certyfikatu nr 

Ja, niżej podpisany Ubezpieczający:


Imię (imiona) Nazwisko Data urodzenia (dd-mm-rrrr)   

ustanawiam poniżej wskazaną osobę:

## Dane

Płeć  kobieta  mężczyznaImię (imiona) Nazwisko PESEL  Data urodzenia (dd-mm-rrrr) Typ dok. tożsamości  Seria i nr dok. tożsamości 

## Adres zameldowania

Ulica Nr domu  Nr lokalu  Miejscowość Kod pocztowy  - Poczta  Kraj Tel. stacjonarny  Tel. kom. E-mail 

Wzór podpisu Pełnomocnika

jako Pełnomocnika do:

- 1. pełnego dysponowania umową ubezpieczenia na prawach Ubezpieczającego (obejmuje opcje 3-21),
- 2. uzyskania wszelkich informacji dotyczących umowy ubezpieczenia,

złożenia w moim imieniu (proszę zaznaczyć odpowiednio, w przypadku braku zaznaczenia opcji 1):

- 3. wniosku o wykup / rezygnację / odstąpienie z/od umowy ubezpieczenia,
- 4. wniosku o częściowy wykup,
- 5. wniosku o wypłatę świadczenia rentowego,
- 6. wniosku o zmianę danych osobowych Ubezpieczającego,
- 7. wniosku o zmianę Ubezpieczającego,
- 8. wniosku o przelew praw z umowy ubezpieczenia,
- 9. wniosku o zmianę wysokości składki / sumy ubezpieczenia,
- 10. wniosku o podwyższenie / obniżenie sumy ubezpieczenia umowy dodatkowej,
- 11. wniosku o czasowe zawieszenie opłacania składek,
- 12. wniosku o zmianę trybu opłacania składek,
- 13. wniosku o zmianę ubezpieczenia na bezskładkowe,
- 14. wniosku o przeniesienie środków pomiędzy funduszami i/lub zmianę alokacji składki regularnej / doraźnej,
- 15. oświadczenia co do propozycji indeksacji składki / sumy ubezpieczenia,
- 16. wniosku o wznowienie umowy ubezpieczenia,
- 17. wniosku o dołączenie / odłączenie Ubezpieczonego/Ubezpieczonego dziecka,
- 18. wniosku o odłączenie / dołączenie / dokupienie umów dodatkowych,
- 19. wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia na czas i dla zabezpieczenia gwarancji ubezpieczeniowych,
- 20. wniosku o udzielenie pożyczki, o której mowa w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia obowiązujących dla umów ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”,
- 21. odwołania zgody na obciążenie rachunku bankowego,

**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. (Administradora), 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. (TUnZ/KI/NT/Z/001/2.0)

Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu. W razie przetwarzania danych osobowych w celu profilowania w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUnZ/KI/NT/Z/042/1.0) 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)

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

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)

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 profilowania (TUnZ/KI/NT/Z/043/1.0)
- 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 na podstawie zgody 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)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczającego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie, na deklaracji lub w załączonym dokumencie tożsamości  
(W przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej lub reprezentanta.)