

Wniosek o zawarcie umów (zaznacz odpowiednio)

- Grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna z TU Allianz Życie Polska S.A.
 Ubezpieczenia pracodawcy – medycyna pracy z TUIR Allianz Polska S.A.

Nr wniosku	Kod pośrednika	Kod oddziału
5		

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię (imiona)/ nazwa firmy

Nazwisko/ nazwa firmy cd.

Płeć* kobieta mężczyzna

PESEL* Data urodzenia (d-m-r)* Obywatelstwo*

Typ dokumentu tożsamości* Seria nr dok. tożsamości*

REGON NIP PKD wiodąca

Obrót roczny w ostatnim roku obrotowym do 3 mln zł do 40 mln zł pow. 40 mln zł

* należy wypełnić gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną

Charakter prowadzonej działalności

Adres zameldowania / siedziba firmy

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

Tel. kontaktowy E-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania / siedziby)

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA

Wniosek jest ważny wyłącznie z załącznikiem z zakresem ubezpieczenia (uzupełnia pośrednik):

Kwotacją nr dotyczącą propozycji ubezpieczenia podpisaną przez Ubezpieczającego.

Proponowany początek ochrony ubezpieczeniowej (d-m-r) Częstotliwość opłacania składek miesięczna kwartalna półroczna roczna

Ubezpieczenie na koszt Ubezpiezonego (Pracownika) Ubezpieczającego (Pracodawcy) Ubezpiezonego i Ubezpieczającego

Liczba osób zatrudnionych ¹⁾	
Liczba osób uprawnionych do przystąpienia do ubezpieczenia ²⁾	
w tym liczba Pracowników przystępujących do umowy ubezpieczenia	

¹⁾ Osoba zatrudniona – osoba, która jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Ubezpieczającego.
²⁾ Osoba uprawniona do przystąpienia do ubezpieczenia – osoba spełniająca kryteria z propozycji ubezpieczeniowej, np. zatrudnienie na umowę o pracę, osoby zatrudnione powyżej X miesięcy, osoby zatrudnione na umowę o pracę lub zlecenie oraz właściciele, osoby współpracujące, zarząd firmy.
UWAGA: jeśli podana liczba osób uprawnionych różni się od liczby osób zatrudnionych, w miejscu na uwagi należy wyjaśnić tę rozbieżność.

Załączniki – zaznacz właściwe

- propozycja ubezpieczenia podpisana przez Ubezpieczającego raport stanu osobowego pełnomocnictwo w przypadku, gdy w imieniu Ubezpieczającego wniosek podpisuje pełnomocnik
 deklaracje przystąpienia, egzemplarzy _____ pismo o odstąpieniu, jeśli było udzielone

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA PRACODAWCY – MEDYCINA PRACY

Wniosek jest ważny wyłącznie z załącznikiem z zakresem ubezpieczenia (uzupełnia pośrednik):

Kwotacją nr dotyczącą propozycji ubezpieczenia podpisaną przez Ubezpieczającego.

Proponowany początek ochrony ubezpieczeniowej (d-m-r) Częstotliwość opłacania składek miesięczna kwartalna półroczna roczna

Liczba osób zatrudnionych ¹⁾	
Liczba pracowników zadeklarowanych Allianz od 1. dnia miesiąca początku ochrony	

¹⁾ Osoba zatrudniona – osoba, która jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Ubezpieczającego.
UWAGA: jeśli podana liczba osób zatrudnionych różni się od liczby pracowników zadeklarowanych, w miejscu na uwagi należy wyjaśnić tę rozbieżność.

Załączniki – zaznacz właściwe

- propozycja ubezpieczenia podpisana przez Ubezpieczającego raport stanu osobowego ubezpieczenia pracodawcy
 podpisana przez Ubezpieczającego ankieta ubezpieczenia pracodawcy pismo o odstąpieniu, jeśli było udzielone

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 377 241 000 złotych (wpłacony w całości).

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).



DANE OSOBY OBSŁUGUJĄCEJ U PRACODAWCY (dane osoby do kontaktu po stronie Pracodawcy)

Imię (imiona)

Nazwisko

Numer telefonu

E-mail

Miejsce na uwagi

Oświadczenia Ubezpieczającego

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jednocześnie oświadczam, że przed zawarciem umów otrzymałam/em – ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna o indeksie AOZ03 wraz z załącznikami, zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 3/2016 z dnia 12.01.2016 roku, – ubezpieczenia pracodawcy – medycyna pracy o indeksie MP 02 wraz z załącznikami zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Polska S.A. nr 259/2015 z dnia 08.12.2015 roku. Oświadczam, że doręczę każdemu przystępującemu do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna, o której zawarcie niniejszym wnioskiem, przed wyrażeniem przez niego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej oraz finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, warunki umowy do której będzie przystępował, w tym ww. odpowiednie ogólne warunki ubezpieczenia.

Klauzula informacyjna (TU/TUNZ005/M/1.4):

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administrator każdy w swoim zakresie) każdy z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu obsługi i wykonania umowy, w celu analitycznym oraz w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania. W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody w ramach klauzuli marketingowej Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechnemu Towarzystwu Emerytalnemu Allianz Polska S.A. oraz funduszm 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), zwanym dalej „Spółkami Grupy Allianz Polska”. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz prawo pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do każdego z ww. podmiotów. W przypadku zawierania przez Panią/Pana umowy ubezpieczenia w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą wyrażona poniżej zgoda w ramach klauzuli marketingowej dotyczy ujawniania danych reprezentowanego przez Panią/Pana podmiotu i obejmuje zwolnienie z tajemnicy ubezpieczeniowej na rzecz pozostałych Spółek Grupy Allianz Polska.

Klauzula marketingowa (TU/TUNZ/005/v1.4):

Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich danych, w tym danych osobowych (za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nałogach), zawartych w niniejszym dokumencie oraz pozyskanych w związku z zawartymi i wnioskowanymi umowami, Spółkom Grupy Allianz Polska wymienionym w klauzuli informacyjnej i marketingowych (w tym zgodę na zestawianie moich danych przez te Spółki) oraz przetwarzanie przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku niezawarcia umowy lub po jej rozwiązaniu.

* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok. Nie wyrażam zgody

Klauzula zgody na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną (TU/TUNZ005/E/v1.5):

Wyrażam dobrowolną zgodę* na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej, a także na kontakt telefoniczny dla celów marketingu bezpośredniego, w tym przedstawienia oferty z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska.

* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok. Nie wyrażam zgody

Dodatkowe oświadczenie Ubezpieczającego

Wyrażam zgodę* na przekazywanie mi przez TU Allianz Życie Polska S.A. na podany przeze mnie adres e-mail informacji, o których mowa w art. 20 ust. 2-3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. informacji o propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy oraz corocznych informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, o zmianach w zakresie sumy ubezpieczenia, w zakresie, w jakim ma to zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia oraz do przesyłania wezwań do zapłaty składki, w przypadku nieopłacenia składki w wyznaczonym w umowie ubezpieczenia terminie i pism wskazujących osoby, które ukończyły przewidziany w umowie ubezpieczenia wiek.

* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok. Nie wyrażam zgody

Imię, nazwisko osoby reprezentującej Ubezpieczającego*

PESEL

 lub

Data urodzenia (d-m-r)

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Imię, nazwisko osoby reprezentującej Ubezpieczającego*

PESEL

 lub

Data urodzenia (d-m-r)

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Oświadczam, że dokonałem sprawdzenia tożsamości Ubezpieczającego (lub osoby jego reprezentującej) oraz dokumentów potwierdzających umocowanie do reprezentowania/działania w imieniu Ubezpieczającego (odpis z KRS, wpis w CEiDG, pełnomocnictwo).

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis pośrednika

* W przypadku gdy w imieniu Ubezpieczającego wniosek podpisuje pełnomocnik, pełnomocnictwo należy dołączyć do wniosku (dotyczy ubezpieczenia Allianz Opieka Zdrowotna).