



**Klauzula informacyjna (TUNZ003/M/2.7):**

Informujemy, że: Dane osobowe podane w niniejszej deklaracji: a) będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu oceny ryzyka i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia oraz późniejszej obsługi tej umowy i jej wykonania, w celu reasekuracji ryzyka, w celu realizacji obowiązków publicznoprawnych, 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. b) nie będą nikomu udostępniane, za wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielenia informacji określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej lub jeżeli Ubezpieczony/ Ubezpieczający wyraził na to pisemną zgodę. W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody w ramach klauzuli marketingowej Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora 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), 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 (TUNZ003/v2.7):**

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 w celach analitycznych 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.

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 w celach analitycznych 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 nieobjęcia ochroną ubezpieczeniową lub po jej wygaśnięciu.

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

**Klauzula zgody na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną (TUNZ003/E/2.8):**

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

Miejscowość

Data (d-m-r)









Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

(podpis powinien być czytelny lub złożony w formie zwykle używanej przez Ubezpieczonego, ponieważ będzie przyjmowany do weryfikacji osoby Ubezpieczonego przy dokonywanych przez niego dyspozycjach w ramach umowy ubezpieczenia)

Data podpisania (d-m-r)









Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego\*\*

Data podpisania (d-m-r)









Czytelny podpis pośrednika

\*\* Podpisuje osoba umocowana przez Ubezpieczającego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.