



**Dane 3. Ubezpieczonego**Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym  Współmałżonek/Partner  Dziecko

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć  kobieta  mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

Tel. kontaktowy

E-mail

**Dane uposażonego\*** (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia

Imię i nazwisko

Data urodzenia (d-m-r)

**Dane 4. Ubezpieczonego**Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym  Współmałżonek/Partner  Dziecko

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć  kobieta  mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

Tel. kontaktowy

E-mail

**Dane uposażonego\*** (osoby uprawnionej do wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego) – 100% świadczenia

Imię i nazwisko

Data urodzenia (d-m-r)

\* W przypadku woli wskazania więcej niż 1 osoby (uposażonego) należy wypełnić formularz Wniosek o ustanowienie/zmianę osób Uposażonych.

**Adres zamieszkania** (na który ma być kierowana korespondencja – wypełnić, jeżeli adres poszczególnych Ubezpieczonych jest inny niż Głównego Ubezpieczonego)**2. Ubezpieczonego****3. Ubezpieczonego****4. Ubezpieczonego**

**Oświadczenie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego**  
Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. i wyrażam zgodę na zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej i podpisaniem niniejszej deklaracji otrzymałem/am warunki umowy w tym ogólnie warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z załącznikami obowiązujące w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

**Pełnomocnictwo Współmałżonka/Partnera/niepełnoletniego Dziecka**  
Udzielam Głównemu Ubezpieczonemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie wobec TU Allianz Życie Polska S.A. i Ubezpieczającego we wszystkich czynnościach związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia, do której niniejszym przystępuję, w tym do odbierania korespondencji i składania wszelkich oświadczeń woli w moim imieniu.

**Deklaracja zgody na przetwarzanie danych**  
Niniejszym wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia i nałogów, przez TU Allianz Życie Polska S.A. dla celów podanych w treści Klauzuli informacyjnej, znajdującej się poniżej. Niniejszym wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych, w tym teledoresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu zawarcia umowy na świadczenie usług medycznych wynikających z umowy ubezpieczenia.

**Oświadczenie**  
Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.

**Upoważnienie**  
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 używać od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzieliły 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 wysokości tego świadczenia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności TU Allianz Życie Polska S.A. oraz wysokości świadczenia.

**Pełnomocnictwo 1. Ubezpieczonego/Głównego Ubezpieczonego**  
Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich oświadczeń woli, wcześniej ze mną uzgodnionych, koniecznych do zmiany, w tym także sumy ubezpieczenia, zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia zdrowotnego, do której niniejszym przystępuję. Pełnomocnictwo to obejmuje również umocowanie do wyrażania zgody w moim imieniu na przedłużanie, w tym również na zmienionych warunkach, umowy ubezpieczenia na kolejne okresy roczne w formie i na zasadach określonych w warunkach umowy ubezpieczenia. \* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok.  Nie wyrażam zgody

**Klauzula informacyjna (TUN2003/M/2.7):**  
Informujemy, że: Dane osobowe podane w niniejszej deklaracji: a) będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczycielskie 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 ryzyk, w celu realizacji obowiązków publiczno-prawnych, 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 (TUN2003/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 poniżej.

1. Ubezpieczony/Główny Ubezpieczony  Nie wyrażam zgody 2. Ubezpieczony  Nie wyrażam zgody 3. Ubezpieczony  Nie wyrażam zgody 4. Ubezpieczony  Nie wyrażam zgody

**Klauzula zgody na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną (TUN2003/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 poniżej.

1. Ubezpieczony/Główny Ubezpieczony  Nie wyrażam zgody 2. Ubezpieczony  Nie wyrażam zgody 3. Ubezpieczony  Nie wyrażam zgody 4. Ubezpieczony  Nie wyrażam zgody

**UWAGA!** Deklarację podpisują osoby przystępujące do ubezpieczenia wg kolejności zgłoszeń Ubezpieczonych. Za niepełnoletnie dziecko lub osobę, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych deklarację podpisuje jego przedstawiciel ustawowy swoim imieniem i nazwiskiem.

Podpis 1. Ubezpieczonego/Głównego Ubezpieczonego*	Podpis 2. Ubezpieczonego*	Podpis 3. Ubezpieczonego*	Podpis 4. Ubezpieczonego*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Data	Data	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**Upoważnienie Pracownika**  
Upoważniam Pracodawcę do potrącania składki ubezpieczeniowej z mojego wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa, lub innych wypłat tytułem objęcia mnie i mojej rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym.

Data i podpis Pracownika

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego\*\*

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.