

Kod kreskowy - Placówka Allianz

Kod kreskowy - Biuro Główne Allianz

## DEKLARACJA OPIEKUN VIP



numer polisy

numer seryjny wniosku (dotyczy NB)

## I. Dane Ubezpieczającego

nazwa firmy

pieczęć Ubezpieczającego

## II. Dane Uczestnika

nazwisko

imię

drugie imię

obywatelstwo

data urodzenia

płeć K/M

PESEL

ulica (adres zamieszkania)

numer domu

numer mieszkania

kod pocztowy

mięscowość

nr telefonu

adres e-mail

rodzaj zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego

umowa

inna forma

zatrudnienia

zawód wykonywany wraz z opisem (w szczególności pracy fizycznej)

zajmowane stanowisko wymaga:

pracy na wysokości

czynności fizyczne

obsługa wózka widłowego / maszyn budowlanych / przemysłowych / rolniczych

szczegółowy opis zawodu (w tym opis czynności fizycznych, rodzaju obsługiwanych maszyn oraz typu i ładowności pojazdów prowadzonych w ramach pracy zawodowej)

## III. Parametry ubezpieczenia

Zakres, wysokość i koszt ochrony zgodnie z kwotą nr  załączoną do wniosku.

Wypełnienie pkt IV i V nie jest obowiązkowe. W przypadku braku wskazania uposażonych, uprawnionymi do świadczenia z tytułu śmierci Uczestnika będą spadkobiercy ustawowi (zgodnie z OWU).

## IV. Dane uposażonych głównych

1. nazwisko

% świadczenia

stopień pokrewieństwa

imię

data urodzenia

PESEL

2. nazwisko

% świadczenia

stopień pokrewieństwa

imię

data urodzenia

PESEL

## V. Dane uposażonych zastępczych

1. nazwisko	<input type="text"/>	% świadczenia	<input type="text"/>	stopień pokrewieństwa	<input type="text"/>
imię	<input type="text"/>	data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
2. nazwisko	<input type="text"/>	% świadczenia	<input type="text"/>	stopień pokrewieństwa	<input type="text"/>
imię	<input type="text"/>	data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>

## VI. Ankieta medyczna

### I. Wywiad medyczny

1	Wzrost i waga	
a	Wzrost <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	b Waga <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
c	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy Pana(i) waga zmieniła się o co najmniej 5 kg? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Przyrost: <input type="text"/> <input type="text"/> kg Utrata: <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
	Powód przyrostu/utrąty wagi: <input type="text"/>	

2 Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) leczony(a) lub rozpoznano u Pana(i) jakąkolwiek z wymienionych chorób: W przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi na którekolwiek z poniższych pytań prosimy o podanie szczegółów oraz prosimy zaznaczyć właściwe: A – choroba aktualnie leczona, B – leczenie choroby zakończone, C – choroba dotychczas nieleczona.

	TAK	NIE	nazwa choroby, data rozpoznania, przebieg i stosowane leczenie, data zakończenia leczenia, dane lekarza, pod opieką którego Pan(i) pozostawał(a)/pozostaje w związku z tą chorobą	A	B	C
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	padaczkę, niedowład, nagłą utratę przytomności, występowanie nieskoordynowanych ruchów, sztywność karku, stwardnienie rozsiane lub inną chorobę demielinizacyjną, polineuropatię, chorobę naczyniową układu nerwowego, dystrofię mięśniową, zapalenie centralnego układu nerwowego lub uszkodzenie nerwów obwodowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (psychozy, nerwice, zaburzenia osobowości, zaburzenia nastroju, zaburzenia na podłożu organicznym, zaburzenia rozwoju psychicznego, schizofrenia, upośledzenie umysłowe lub inne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astmę oskrzelową, alergię, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlicę płuc, zapalenie opłucnej lub inną chorobę układu oddechowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	udar mózgu, wylew krwi do mózgu, chorobę niedokrwienną serca, bóle w klatce piersiowej, wadę serca, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi lub inną chorobę serca lub układu krążenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nawracające stany biegunkowe, przewlekłą niestrawność, chorobę wrzodową żołądka lub chorobę wrzodową dwunastnicy, chorobę wątroby, chorobę pęcherzyka żółciowego, chorobę trzustki, zaburzenia czynności jelit lub inną chorobę układu pokarmowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cukrzycę, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższony cholesterol, trójglicerydy), chorobę tarczycy, chorobę przytarczyc, chorobę nadnerczy, chorobę przysadki mózgowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	choroby nerek (kamicę nerkową, zapalenie nerek, niewydolność nerek lub inne), choroby pęcherza lub choroby cewki moczowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nowotwór łagodny lub złośliwy, w tym nowotwór krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chorobę reumatyczną, toczeń układowy, bóle stawowe zwyrodnieniowe, dnę moczanową, bóle kręgosłupa, dyskopatię lub inne dolegliwości narządów ruchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chorobę skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wadę lub chorobę narządu wzroku, chorobę uszu lub zaburzenia słuchu? Rozpoznanie: Dioptrie: Oko lewe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Oko prawe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wadę wrodzoną lub chorobę dziedziczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy miał(a) Pan(i): – objawy chorobowe, takie jak: bóle brzucha lub głowy o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych? – inne objawy, które wydawały się na tyle niepokojące, że ma Pan(i) zamiar lub zgłosił(a) się Pan(i) do lekarza lub na badania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy kiedykolwiek rozpoznano: – u Pani – chorobę ginekologiczną (endometriozę, przewlekłe zapalenie przydatków lub inne), – u Pana – chorobę gruczołu krokowego (przerost gruczołu krokowego lub inne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## VIII. Zgody dobrowolne

### Zgoda na obsługę elektroniczną

TAK  NIE  Zgadzam się, żeby Allianz przysyłał wszelkie informacje, które dotyczą wszystkich moich umów ubezpieczenia i umów zawartych na moją rzecz – w tym listów rocznicowych i informacji o wysokości świadczeń, które przysługują z tych umów – na ostatni adres e-mail, który wskazałem (-łam) Allianz.

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

TAK  NIE  Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty powiązane<sup>1</sup> oraz na wzajemne udostępnianie przez nie tych danych w celu oferowania usług finansowych i dalszego przetwarzania przy wykonywaniu tych usług, oraz na połączenie moich danych w administrowanych zbiorach również z innymi pozyskanymi danymi.

### Zgoda na przesyłanie informacji handlowych

TAK  NIE  Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

### Zgoda na kontakt telefoniczny

TAK  NIE  Zgadzam się na kontakt telefoniczny w celach marketingowych.

<sup>1</sup> Podmioty powiązane – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze inwestycyjne, Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne, Allianz Sp. z o.o.

data

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

czytelny podpis Uczestnika<sup>2</sup>

<sup>2</sup> albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich