

Formularz wznowieniowy dla umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (kod produktu: ULTR)

Dotyczy: polisy nr

Numer Oddziału/Agencji Nr Agenta/Brokera

Nazwa Oddziału/Agencji Imię i nazwisko Agenta/Brokera

Dane Ubezpieczonego 1

Płeć K M Stan cywilny panna/kawaler zamężna/zonaty rozwiedziona/rozwiedziony wdowa/wdowiec

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwa Kraj urodzenia
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Typ dokumentu tożsamości Seria i nr dok. tożsamości

Data ważności dok. tożsamości (d-m-r)

Adres zameldowania

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Tel. stacjonarny Tel. kom.

E-mail

Adres korespondencyjny *Prosimy wypełnić, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż adres zameldowania.*

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Wysztaczenie: podstawowe zawodowe średnie wyższe

Zawód wykonywany (branża, zajmowane stanowisko)

Czy wykonuje Pan/Pani prace fizyczne? TAK NIE Czy obsługuje Pan/Pani maszyny budowlane/rolnicze/przemysłowe? TAK NIE

Czy pracuje Pan/Pani na wysokościach? TAK NIE Maksymalna wysokość, na jakiej Pan/Pani pracuje do 6 m pow. 6 m

Czy prowadzi Pan/Pani pojazdy ciężarowe (pow. 3,5 T)? TAK NIE

Prosimy o podanie szczegółów dotyczących wykonywanego zawodu, czynności fizycznych, rodzaju obsługiwanych maszyn, przewożonych materiałów, informacji o innych zagrożeniach, np. promieniowanie, żrące środki chemiczne, napięcie w kV, itp.

Czy prowadzi Pan/Pani samochód osobowy? TAK NIE Ilość przejeżdżanych kilometrów miesięcznie km

Rodzaj zatrudnienia: umowa o pracę własna działalność gospodarcza inny (jaki?)

Dane Ubezpieczonego 2

Płeć K M Stan cywilny panna/kawaler zamężna/zonaty rozwiedziona/rozwiedziony wdowa/wdowiec

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwa Kraj urodzenia
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Typ dokumentu tożsamości Seria i nr dok. tożsamości

Data ważności dok. tożsamości (d-m-r)

Adres zameldowania

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Tel. stacjonarny Tel. kom.

E-mail

Adres korespondencyjny *Prosimy wypełnić, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż adres zameldowania.*

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Wykształcenie: podstawowe zawodowe średnie wyższe

Zawód wykonywany (branża, zajmowane stanowisko) _____

Czy wykonuje Pan/Pani prace fizyczne? TAK NIE Czy obsługuje Pan/Pani maszyny budowlane/rolnicze/przemysłowe? TAK NIE

Czy pracuje Pan/Pani na wysokościach? TAK NIE Maksymalna wysokość, na jakiej Pan/Pani pracuje do 6 m pow. 6 m

Czy prowadzi Pan/Pani pojazdy ciężarowe (pow. 3,5 T)? TAK NIE

Prosimy o podanie szczegółów dotyczących wykonywanego zawodu, czynności fizycznych, rodzaju obsługiwanych maszyn, przewożonych materiałów, informacji o innych zagrożeniach, np. promieniowanie, żrące środki chemiczne, napięcie w kV, itp. _____

Czy prowadzi Pan/Pani samochód osobowy? TAK NIE Ilość przejeżdżanych kilometrów miesięcznie _____ km

Rodzaj zatrudnienia: umowa o pracę własna działalność gospodarcza inny (jaki?) _____

Dane Ubezpieczonego Dziecka 1	
Imię _____	Nazwisko _____
Data urodzenia	_____ _____ _____ _____ _____ _____
PESEL	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Obywatelstwo/-a	_____
Typ dok. tożsamości	_____
Seria i nr dok. toż.	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Adres zameldowania	
<input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego 1 <input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego 2	
<input type="checkbox"/> inny _____	
Adres korespondencyjny	
<input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego 1 <input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego 2	
<input type="checkbox"/> inny _____	

Dane Ubezpieczonego Dziecka 2	
Imię _____	Nazwisko _____
Data urodzenia	_____ _____ _____ _____ _____ _____
PESEL	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Obywatelstwo/-a	_____
Typ dok. tożsamości	_____
Seria i nr dok. toż.	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Adres zameldowania	
<input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego 1 <input type="checkbox"/> jak adres zam. Ubezpieczonego 2	
<input type="checkbox"/> inny _____	
Adres korespondencyjny	
<input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego 1 <input type="checkbox"/> jak adres koresp. Ubezpieczonego 2	
<input type="checkbox"/> inny _____	

Dane Ubezpieczającego

jak dane Pierwszego Ubezpieczonego jak dane Drugiego Ubezpieczonego

Prosimy wypełnić, jeśli Ubezpieczającym nie jest ani Pierwszy, ani Drugi Ubezpieczony

Typ podmiotu	<input type="checkbox"/> osoba fizyczna <input type="checkbox"/> osoba prawna <input type="checkbox"/> jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej
	<input type="checkbox"/> osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą
	(w przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk – Dane osoby reprezentującej dany podmiot lub daną osobę fizyczną)
Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Stan cywilny <input type="checkbox"/> panna/kawaler <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty <input type="checkbox"/> rozwiedziona/rozwiedziony <input type="checkbox"/> wdowa/wdowiec
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe
Imię (imiona)/nazwa firmy	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Nazwisko/nazwa firmy cd.	_____ _____ _____ _____ _____ _____
PESEL	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Obywatelstwa _____	Data urodzenia (d-m-r)_____ _____ _____
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa) Kraj urodzenia _____	
Typ dokumentu tożsamości _____	Seria i nr dok. tożsamości _____ _____ _____ _____ _____ _____
Data ważności dok. tożsamości (d-m-r) _____ _____ _____	REGON _____ _____ _____ _____
NIP* _____ _____ _____ _____	PKD wiodąca _____ _____
Forma organizacyjna	_____ _____ _____ _____ _____ _____
KRS _____ _____ _____ _____	Liczba zatrudnionych osób _____ _____
Obrót roczny w ostatnim roku obrachunkowym: <input type="checkbox"/> do 3 mln zł <input type="checkbox"/> do 40 mln zł <input type="checkbox"/> pow. 40 mln zł	

* W przypadku osób fizycznych numer NIP wymagany jest jedynie od osób prowadzących działalność gospodarczą lub będących zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług.

Adres zameldowania / siedziba firmy

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

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania /siedziby)

Ulica	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Nr domu	_____ _____ Nr lokalu _____ _____ Miejscowość _____ _____ _____ _____
Kod pocztowy	_____ _____ – _____ _____ Poczta _____ _____ _____ _____ Kraj _____

Tryb opłacania składek

- polecenie zapłaty obowiązujące od pierwszej należnej składki po wznowieniu umowy zgoda dołączona do wniosku
- polecenie zapłaty w celu wznowienia umowy (pobranie zaległych składek i opłaty wznowieniowej) oraz przyszłych należnych składek zgoda dołączona do wniosku

W przypadku braku przesłania formularza „Zgoda na obciążanie rachunku” prosimy o dokonywanie wpłat na numer konta wskazywany w korespondencji polisowej.

Indeksacja

Prosimy o zaznaczenie decyzji odnośnie indeksacji dotyczącej ostatniej rocznicy polisy zgodnie z obowiązującym w Allianz wskaźnikiem indeksacji (ULTR). Informujemy, że nie zaznaczenie odpowiedzi traktujemy jako odnowę propozycji indeksacji:

- Wyrażam zgodę na indeksację składki podstawowej oraz sum ubezpieczenia w umowach dodatkowych
- Nie wyrażam zgody na indeksację składki podstawowej oraz sum ubezpieczenia w umowach dodatkowych

Pełnomocnictwo dla Ubezpieczającego

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich wcześniej ze mną uzgodnionych oświadczeń woli koniecznych do zmiany (także w zakresie sumy ubezpieczenia) umowy ubezpieczenia na życie, zawartej na moją rzecz na podstawie niniejszego wniosku.

Czytelny podpis Ubezpiezonego 1

Czytelny podpis Ubezpiezonego 2

Czytelny podpis Ubezpiezonego Dziecka 1
(przedstawiciela ustawowego, jeśli dziecko
jest niepełnoletnie)

Czytelny podpis Ubezpiezonego Dziecka 2
(przedstawiciela ustawowego, jeśli dziecko
jest niepełnoletnie)

Oświadczenie Ubezpieczającego i Ubezpieczonych

Wyrażam wolę aby prawa i obowiązki Ubezpieczającego w razie jego śmierci lub utraty przez niego zdolności do czynności prawnych przyznane zostały Ubezpieczonemu 1 albo odpowiednio Ubezpieczonemu 2, zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia.

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Czytelny podpis Ubezpiezonego 1

Czytelny podpis Ubezpiezonego 2

Oświadczenie

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym wniosku oraz oświadczeniach o stanie zdrowia stanowiących załączniki do niniejszego wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Inflancka 4B (dalej zwaną również „Allianz”) moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nalogach, zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Allianz, dla celów podanych w treści Klauzuli informacyjnej znajdującej się poniżej. Wyrażam zgodę na to, by podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych udostępniły 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 uzyskiwać od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały 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 wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam także zgodę na wykonanie mi badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbek krwi w kierunku przeciwciał anti-HIV.

W przypadku reasekuracji ryzyka przyjętego przez Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, wykonywa-

nym zawodzie i uprawianych sportach/hobby firmie reasekuracyjnej Allianz SE Königinstrasse 28, 80802 München oraz firmie reasekuracyjnej Partner Reinsurance Europe SE, Zürich branch, Bellerivestrasse 36, 8034 Zürich, Switzerland.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Allianz oraz wysokości świadczenia.

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Allianz, na pisemną prośbę innych zakładów ubezpieczeń, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji danych podanych przeze mnie przy zawieraniu umowy, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez Allianz informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, w myśl przepisu art. 39 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ponadto wyrażam zgodę na zasięganie przez Allianz w wyżej wymienionych informacjach od innych zakładów ubezpieczeń w zakresie oraz w celu opisanym w zdaniu poprzednim.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią i zakresem pełnomocnictwa wystawionego przez TU Allianz

Oświadczam także, że przed podpisaniem niniejszego wniosku zostały mi doręczone wskazane poniżej warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych, zapoznałem/am się z ich treścią i po uzyskaniu wyjaśnień agenta wybrałem/am najodpowiedniejszy dla siebie wariant i zakres umowy.

Klauzula informacyjna (TUUnZ/KI/NT/T/001/1.0)

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4B, 00-189 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 wynikających 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. (TUUnZ/KI/NT/Z/001/2.0)

Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. W razie przetwarzania danych osobowych dla celów marketingowych, w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUUnZ/KI/NT/Z/019/1.0)

Administrator wyznaczy 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. (TUUnZ/KI/NT/Z/020/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu: (TUUnZ/KI/NT/T/002/2.0)

– oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób automatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (TUUnZ/KI/NT/Z/004/2.0)

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

– marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług (TUUnZ/KI/NT/Z/007/2.0)

– automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawiania odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Panią/Pana wyrażona zgoda (TUUnZ/KI/NT/Z/021/1.0)

– 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 (TUUnZ/KI/NT/Z/011/2.0)

– wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze (TUUnZ/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 (TUUnZ/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 (TUUnZ/KI/NT/Z/024/1.0)

– reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUUnZ/KI/NT/Z/025/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach, mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, wdrożymy odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pani/Pani danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pani praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej tych danych. Na Pani/Pani wniosek udostępnimy Pani/Pani kopie tych zabezpieczeń.

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. (TUUnZ/KI/NT/Z/027/1.0)

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Panią/Panią dane identyfikacyjne, wszystkie dane kontaktowe, dane polisowe oraz historię umów ubezpieczenia, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia. (TUUnZ/KI/NT/Z/028/1.0)

Podstawą prawną przetwarzania podanych przez Panią/Pana danych szczególnych kategorii, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia, we wskazanych celach ich przetwarzania, jest wyrażona przez Panią/Pana wyrażona zgoda. (TUUnZ/KI/NT/Z/029/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji Allianz SE Königinstrasse 28, 80802 Monachium, Niemcy oraz Partner Reinsurance Europe SE, Zürich branch, Bellerivestrasse 36, 8034, Zürich, Szwajcaria. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUUnZ/KI/NT/Z/030/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, wdrożymy odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pani/Pani danych. Podmioty z grupy Allianz oznaczane 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., Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Inflancka 4B, 00-189 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, centrum 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. (TUUnZ/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. Wszczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania (TUnZ/KI/NT/Z/015/2.0)
 – 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 w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przestać 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)

Zgody niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia: (TUnZ/ZD/NT/T/003/1.0)
 Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich danych osobowych (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie), w tym teleadresowych, podmiotom świadczącym usługi medyczne, w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/ZD/NT/Z/011/1.0)

Zgody dodatkowe (TUnZ/ZD/NT/T/001/1.0)
Zgoda klienta na elektroniczną obsługę umowy ubezpieczenia (TUnZ/ZO/NT/T/001/2.0)
 Chcę, aby moja umowa ubezpieczenia była obsługiwana elektronicznie, dlatego zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną (przez e-mail, SMS/MMS, internetowe konto klienckie): (TUnZ/ZO/NT/T/002/1.0)
 powiadomię o zbliżającym się terminie płatności składki (TUnZ/ZO/NT/Z/004/1.0)
 Zgadzam się na przekazywanie mi drogą elektroniczną oraz telefonicznie, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, informacji, o których mowa w art. 20 ust. 2-4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej dotyczących: (TUnZ/ZO/NT/T/004/2.0)
 propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy (TUnZ/ZO/NT/Z/009/2.0)
 wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, wartości wykupu ubezpieczenia, wartości premii oraz zmianach w zakresie sumy ubezpieczenia (w zakresie, w jakim ma zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia) (TUnZ/ZO/NT/Z/010/2.0)

Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną (TUnZ/ZM/NT/T/001/1.0)
 Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez: (TUnZ/ZM/NT/T/004/2.0)
 wiadomości e-mail (TUnZ/ZM/NT/Z/003/1.0)
 wiadomości sms/mms (TUnZ/ZM/NT/Z/004/1.0)
 telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUnZ/ZM/NT/Z/005/2.0)
 W celu przedstawienia mi kompleksowo dopasowanych informacji, w tym o produktach, usługach, promocjach, konkursach i zniżkach, zgadzam się na: (TUnZ/ZM/NT/T/002/2.0)
 marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zakończeniu umowy (TUnZ/ZM/NT/Z/001/2.0)
 automatyczne podejmowanie decyzji, w tym profilowanie dla określenia moich preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia mi przygotowanej na tej podstawie oferty (TUnZ/ZM/NT/Z/002/2.0)
 udostępnianie moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nalogach (o ile zostały pozyskane) 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. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę (TUnZ/ZM/NT/Z/008/2.0)

Uwagi dodatkowe

Ubezpieczający

Ubezpieczony

Ubezpieczony 2

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.)

Podpis Ubezpieczonego 1 zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub w załączonym dokumencie tożsamości

Podpis Ubezpieczonego 2 zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub w załączonym dokumencie tożsamości

 Data (d-m-r)

 Data (d-m-r)

 Data (d-m-r)

Ubezpieczone Dziecko 1
 (Przedstawiciel ustawowy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Ubezpieczone Dziecko 2
 (Przedstawiciel ustawowy, jeśli dziecko jest niepełnoletnie)

Agent/Broker Ubezpieczeniowy

Podpis Ubezpieczonego Dziecka 1

Podpis Ubezpieczonego Dziecka 2

 Data (d-m-r)

 Data (d-m-r)

 Data (d-m-r)