

# Wniosek o ustanowienie/zmianę osób Uposażonych

Polisy/ wniosku/ certyfikatu/ deklaracji\* nr

Dotyczy:

\* Niepotrzebne skreślić.

## Ubezpieczony

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

## Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Tel. stacjonarny

Tel. kom.

E-mail

Unieważniając poprzednie dyspozycje\* niniejszym wyznaczam następujących Uposażonych:

\* Nie dotyczy pierwszego ustanowienia Uposażonych.

## Uposażeni

Lp. Imię i nazwisko/ Nazwa firmy

1	
2	
3	
4	
5	

Data urodzenia/ PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

% świadczenia (z dokładnością do 1%)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 0 0

## Uposażeni zastępczy\*

Uposażeni zastępczy – osoby wskazane przez Ubezpieczonego, którym przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia.

\* Nie dotyczy ubezpieczeń zdrowotnych.

Lp. Imię i nazwisko/ Nazwa firmy

1	
2	
3	
4	
5	

Data urodzenia/ PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

% świadczenia (z dokładnością do 1%)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 0 0

Oświadczam, że znane mi są wszelkie konsekwencje zmiany Uposażonych wynikające z warunków ubezpieczenia, stanowiących podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia.



**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. (Administradora), z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 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

**Podanie przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:** TUUnZ/KI/NT/T/002/2.0

- 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 przedstawienia odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Panią/Pana wyraźna 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 prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego 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

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora. TUUnZ/KI/NT/Z/018/2.0

Podanie danych osobowych do realizacji celów marketingowych jest dobrowolne. Zakres danych osobowych przetwarzanych w celach marketingowych obejmuje podane przez Pana/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

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza 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., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 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, centrom 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:** TUUnZ/KI/NT/Z/003/1.0

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania TUUnZ/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. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania TUUnZ/KI/NT/Z/015/2.0
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych TUUnZ/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 TUUnZ/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 przesłać innemu administratorowi danych TUUnZ/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. TUUnZ/KI/NT/Z/038/1.0

**Zgoda klienta na elektroniczną obsługę umowy ubezpieczenia** (TUUnZ/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 klientelne): (TUUnZ/ZO/NT/T/002/1.0)

- powiadomień o zbliżającym się terminie płatności składki (TUUnZ/ZO/NT/Z/004/1.0)
- informacji o każdorazowej zmianie doręczanego Dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie wraz z załącznikami (TUUnZ/ZO/NT/Z/011/2.0)

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: (TUUnZ/ZO/NT/T/004/2.0)

- propozycji zmian warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy (TUUnZ/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) (TUUnZ/ZO/NT/Z/010/2.0)

**Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną** (TUUnZ/ZM/NT/T/001/1.0)

Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez: (TUUnZ/ZM/NT/T/004/2.0)

- wiadomości e-mail (TUUnZ/ZM/NT/Z/003/1.0)
- wiadomości sms/mms (TUUnZ/ZM/NT/Z/004/1.0)
- telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUUnZ/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: (TUUnZ/ZM/NT/T/002/2.0)

- marketing bezpośredni własnych produktów lub usług po zakończeniu umowy (TUUnZ/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 (TUUnZ/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. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę (TUUnZ/ZM/NT/Z/008/2.0)

Miejscowość

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis Ubezpieczonego (Pracownika)