

# Deklaracja przystąpienia do „Strefa NNW Zawodowe” Współmałżonek/dorośle Dziecko

Wybór wariantu :

Początek okresu ubezpieczenia: od miesiąca ..... 20..... roku

- Wariant P I** | 25 000 zł | Składka miesięczna - 16,74 zł   
  **Wariant P IV** | 45 000 zł | Składka miesięczna - 26,34 zł  
 **Wariant P II** | 30 000 zł | Składka miesięczna - 20,91 zł   
  **Wariant P VII** | 60 000 zł | Składka miesięczna - 31,55 zł  
 **Wariant P III** | 35 000 zł | Składka miesięczna - 22,61 zł

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa lub pieczętka

DANE UBEZPIECZONEGO

Współmałżonek   
  Dorośle dziecko

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć

- kobieta  
 mężczyzna

Pesel

DANE GŁÓWNEGO PRACOWNIKA

Funkcjonariusz   
  Pracownik Policji

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Numer służbowy

Jednostka

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Adres e-mail

Numer telefonu

## Oświadczenie Ubezpieczonego o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia NNW:

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, iż chcę przystąpić do ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia NNW zawartej z TUiR Allianz Polska S.A. i wyrażam zgodę na zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że przed zadeklarowaniem woli przystąpienia do umowy ubezpieczenia otrzymałem/am warunki umowy, w tym ogólne warunki grupowego ubezpieczenia „Strefa NNW zawodowe” zatwierdzone uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 94/2019 wraz z Aneks nr 1 przyjętym uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 129/2019.

**Upoważniam Pracodawcę do potrącenia** składki ubezpieczeniowej za grupowe ubezpieczenie NNW z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa lub innych wypłat.

### Oświadczenie:

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

### Upoważnienie:

Wyrażam zgodę na to, by podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych udostępniały TUiR Allianz 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 TUiR Allianz 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 zgodę na uzyskiwanie przez TUiR Allianz Polska S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczących, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności TUiR Allianz Polska S.A. oraz wysokości świadczenia.

### Pełnomocnictwo :

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich oświadczeń woli, koniecznych do z miany, w tym także sumy ubezpieczenia, zawartej na moją/mojej dziecka/członka rodziny rzecz umowy ubezpieczenia Strefa NNW Zawodowe, 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.

Wyrażam zgodę

Miejscowość

Data (d-m-r)

Czytelny podpis Funkcjonariusza/Ubezpieczonego

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

## Klauzula informacyjna

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz 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 przechowywania dokumentów księgowych. (TUIR/KI/NT/Z/001/2.0)

Administrator wyznaczył 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. (TUIR/KI/NT/Z/020/1.0)

### Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- zawarcia umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy (TUIR/KI/NT/Z/005/2.0)
- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUIR/KI/NT/Z/006/2.0)
- 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 (TUIR/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 (TUIR/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 (TUIR/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 (TUIR/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 (TUIR/KI/NT/Z/025/1.0)

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 ww. podmiotom odbywa się 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. (TUIR/KI/NT/Z/018/2.0)

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. (TUIR/KI/NT/Z/027/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji AWP Health & Life SA, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France; Allianz SE, Königinstrasse 28, D-80802 München, Germany; General Reinsurance AG, Vienna Branch, Wächtergasse 1, 1010 Vienna Austria; AWP P&C S.A Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, Polska; Partner Reinsurance Europe SE Zurich Branch, Bellerivestrasse 36, 8034 Zurich, Switzerland; Sogécap, Tour D2, 17 bis place des Reflets, 92919 Paris La Défense Cedex, France. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUIR/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, 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 Allianz Życie 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, warsztatom naprawczym, 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. (TUIR/KI/NT/Z/040/1.0)

### Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUIR/KI/NT/Z/035/1.0)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUIR/KI/NT/Z/017/2.0)
- 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 (TUIR/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. (TUIR/KI/NT/Z/038/1.0)

### Klauzula marketingowa (TUNZ007/v1.0):

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

Nie akceptuję klauzuli marketingowej (TUNZ007/v.1.0)

Miejscowość

Data (d-m-r)

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Funkcjonariusza