

## Deklaracja przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego (dla Pracownika, Współmałżonka/Partnera, Dziecka)

| Nazwa wariantu |  | Wysokość składki | Kod pośrednika |
|----------------|--|------------------|----------------|
|                |  |                  |                |

|  |  |                                        |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|----------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | Proponowana data przystąpienia (d-m-r) | 0 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|----------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|

|               |  |  |  |  |  |  |  |  |     |              |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |   |   |  |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|
| Numer wniosku |  |  |  |  |  |  |  |  | lub | Numer polisy |  |  |  |  |  |  |  |  | Proponowana data przystąpienia (d-m-r) | 0 | 1 |  |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO  
(PRACODAWCY)

|                              |
|------------------------------|
| Nazwa lub pieczęć Pracodawcy |
|------------------------------|

## 1. DANE UBEZPIECZONEGO

Podać pełną nazwę grupy zgodnie z propozycją ubezpieczenia lub nr grupy zgodnie z polisa

\_\_\_\_\_

|                                                                            |                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pracownik                                         | <input type="checkbox"/> dodatkowy członek rodziny Głównego Ubezpieczonego (dodatkowy członek rodziny wypełnia 2. DANE GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO) |
| Imię (imiona)                                                              |                                                                                                                                                 |
| Nazwisko                                                                   |                                                                                                                                                 |
| Płeć                                                                       | PESEL                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> kobieta                                           |                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> mężczyzna                                         |                                                                                                                                                 |
| Data urodzenia (d-m-r)                                                     | Kraj urodzenia                                                                                                                                  |
| Typ dokumentu tożsamości                                                   | Seria i nr dok. tożsamości                                                                                                                      |
| Obywatelstwo/-a (proszę wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa) | Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)                                                                                                      |

**Adres zamieszkania** (na który ma być kierowana korespondencja)/dane kontaktowe)

Ulica

Nr domu      Nr lokalu      Miejscowość

Kod pocztowy      Poczta      Kraj

Tel. kom.      E-mail      Identyfikator pracownika (pole nieobowiązkowe)

## Dane o zatrudnieniu

Data zatrudnienia pracownika (d-m-r) \_\_\_\_\_ (wypełnia każda osoba przystępująca)  
☐ fizyczna ☐ umysłowa ☐ bezrobotny

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

|                 |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię i nazwisko |  | Data urodzenia (d-m-r) |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

**2. DANE GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO** (wypełnić tylko w przypadku gdy osoba przystępująca powyżej jest dodatkowym członkiem rodziny Głównego Ubezpieczonego)

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię<br>(imiona) |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko         |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL            |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia (d-m-r) |  |  |  |  |  |  |  |  | Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 3. DANE CZŁONKÓW RODZINY GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO (wypełnić tylko w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w formie Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)

Podać pełną nazwę grupy zgodnie z propozycją ubezpieczenia lub nr grupy zgodnie z polisa

|  | 21 | 2 | 1 | 21 |
|--|----|---|---|----|
|  |    |   |   |    |



## Dane 2. Ubezpieczonego

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym

☐ Współmałżonek/Partner☐ Dziecko

|                                                                               |       |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię<br>(imiona)                                                              |       |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko                                                                      |       |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płeć                                                                          | PESEL |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia (d-m-r) |  |  |  | Kraj urodzenia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> kobieta                                              |       |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> mężczyzna                                            |       |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Typ dokumentu<br>tożsamości                                                   |       |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obywatelstwo/-a (proszę wpisać wszystkie<br>aktualnie posiadane obywatelstwa) |       |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seria i nr dok.<br>tożsamości                                                 |       |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data ważności dokumentu<br>tożsamości (d-m-r)                                 |       |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 3. Ubezpieczonego 

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ☐ Współmałżonek/Partner ☐ Dziecko

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć

☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (proszę wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)

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)

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (proszę wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)

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 ogólne warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z załącznikami obowiązujące w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

**Pełnomocnictwo Współmałżonka/Partnera/pełnoletniego 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.

**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 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 TU Allianz Życie Polska S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili 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**

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 wynikającego 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. (TUnZ/KI/NT/Z/001/2)

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. (TUnZ/KI/NT/Z/019/1)

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. (TUnZ/KI/NT/Z/020/1)

**\*\*Podpisuje osoba umocowana przez Ubezpieczającego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.**