

Kod kreskowy - Placówka Allianz

Kod kreskowy - Biuro Główne Allianz

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZESPÓŁ

numer polisy

numer seryjny wniosku (dotyczy NB)

sygnatura OWU – **Nie możemy przyjąć Twojej Deklaracji, jeśli nie wypełnisz tego pola.**

I. Dane Ubezpieczającego

nazwa firmy

pieczęć Ubezpieczającego

II. Dane Uczestnika/Współuczestnika

nazwisko

imię

drugie imię

obywatelstwo

data urodzenia

płeć K/M

PESEL

D D M M R R R R

ulica (adres zamieszkania)

numer domu

numer mieszkania

kod pocztowy

miejscowość

nr telefonu

adres e-mail

rodzaj zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego

umowa
o pracęinna forma
zatrudnienia

zawód wykonywany / zajmowane stanowisko

III. Parametry ubezpieczenia

1. Wysokość składki finansowanej
przez Ubezpieczającego

, zł

2. Wysokość składki finansowanej
przez Uczestnika

, zł

3. Deklarowana data rozpoczęcia ochrony
(dzień wymagalności składki)

D D M M R R R R

4. Wnioskowana suma ubezpieczenia
z tytułu śmierci Ubezpieczonego
(od 10 000 zł do 100 000 zł)

, zł

UWAGA! Dołączenie do ubezpieczenia nastąpi w dniu wymagalności składki następującym po dniu podpisania (sporządzenia) deklaracji, o ile zostanie ona dostarczona do Allianz w ciągu 30 dni, przed dniem, w którym przystąpienie miałyby nastąpić.

W przypadku braku wskazania uposażonych, uprawnionymi do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego będą spadkobiercy ustawowi (zgodnie z OWU).

IV. Dane uposażonych głównych

1. nazwisko

% świadczenia

stopień pokrewieństwa

imię

data urodzenia

PESEL

D D M M R R R R

2. nazwisko

% świadczenia

stopień pokrewieństwa

imię

data urodzenia

PESEL

D D M M R R R R



V. Dane uposażonych zastępczych

1. nazwisko		% świadczenia	stopień pokrewieństwa
imię	data urodzenia	PESEL	
	DDMMRRRR		
2. nazwisko		% świadczenia	stopień pokrewieństwa
imię	data urodzenia	PESEL	
	DDMMRRRR		

VI. Kwestionariusz medyczny (prosimy odpowiedzieć na wszystkie pytania zaznaczając TAK lub NIE)

- Czy jest Pan(i) przed lub w trakcie procesu diagnostyki niżej wymienionych chorób lub czy w przeszłości rozpoznano u Pana(-ni) którąkolwiek z nich:
 - 1.1 zaburzenia rytmu serca, wada serca, przewlekła niewydolność układu krążenia, udar mózgu, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, marskość wątroby, zespół zależności alkoholowej (ZZA), przewlekłe zapalenie trzustki, nieswoiste choroby zapalne jelit, takie jak: choroba Leśniewskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, przewlekła obturacyjna choroba płuc, stwardnienie rozsiane, padaczka, toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba Alzheimera i inne zespoły otępienne, zakażenie wirusem HIV? TAK NIE
 - 1.2 choroba niedokrwienna serca, przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek, przewlekła niewydolność nerek, cukrzyca? TAK NIE
 - 1.3 nadciśnienie tętnicze? TAK NIE
 - 1.4 nowotwór złośliwy, w tym białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa, złośliwe nowotwory szpiku kostnego? TAK NIE
- Czy w czasie ostatnich 6 miesięcy wystąpił u Pana(-ni) objaw chorobowy taki jak: nawracające lub utrzymujące się bóle głowy, brzucha lub bóle w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, zaburzenia rytmu serca, duszność które zostały lub jeszcze nie zostały skonsultowane z lekarzem?
 - 2.1 Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy wystąpił u Pana(-ni) objaw chorobowy taki jak: zmiana w obrębie gruczołu piersiowego lub gruczołu krokowego lub narządów płciowych, krwawienia o niewyjaśnionej przyczynie, postępujący wzrost lub utrata wagi (nie dotyczy ciąży), odbiegające od normy wyniki badań laboratoryjnych krwi, które zostały lub jeszcze nie zostały skonsultowane z lekarzem? TAK NIE
- Czy ma Pan(i) wskazania do leczenia specjalistycznego z powodu chorób innych, niż wymienione w punktach 1.1, 1.2, 1.3 oraz 1.4; czy oczekuje Pan(i) na wykonanie/na wyniki zaordynowanych przez specjalistę badań diagnostycznych? TAK NIE
- Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim lub czy przebył(a) Pan(i) choroby, które na okres ponad 21 kolejnych dni wyłączyły Pana(-nią) z codziennej, życiowej aktywności?²
- Czy aktualnie przebywa Pan(i) na zwolnieniu lekarskim lub czy przebywa Pan(i) w szpitalu, hospicjum lub innym stacjonarnym zakładzie leczniczym, albo korzysta Pan(i) z możliwości okresowego wyjścia z takiego zakładu, po którym nastąpi powrót do miejsca, w którym korzysta Pan(i) z oferowanej opieki/jest Pan(i) leczony(-na)?³
UWAGA! Jeżeli odpowiedź na pytanie 5 brzmi „TAK”, przystąpienie do ubezpieczenia nie jest możliwe. Prosimy o ponowne wypełnienie deklaracji po zakończeniu zwolnienia lekarskiego.
- Czy kiedykolwiek ubiegał(a) się Pan(i) oraz czy został w stosunku do Pana(-ni) orzeczony stopień niepełnosprawności albo została orzeczona niezdolność do pracy, została przyznana renta z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych? TAK NIE

Imię, nazwisko, adres, telefon lekarza lub przychodni

¹ Pytanie dotyczy badań innych, niż okresowe badania kontrolne.

² Nie dotyczy usunięcia halluxów, zabiegów stomatologicznych, usunięcia migdałków, hemoroidów, łagodnych torbieli, przeprowadzenia artroskopii, skorygowania przegrody nosa, przepukliny brzusznej, przepukliny pachwinowej, usunięcia wyrostka robaczkowego, urazu kończyn górnych i/lub dolnych, hospitalizacji związanej z ciążą.

³ Nie dotyczy hospitalizacji związanej z porodem.

VII. Niezbędne oświadczenia i zgody

Nie możemy przyjąć Twojej Deklaracji, jeśli nie możesz podpisać poniższych oświadczeń.

Prawdziwość danych

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej Deklaracji i załącznikach do niej są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i przekazane w dobrej wierze.

Przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-na):

- że Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (dalej: Allianz) będzie administratorem danych,
- o celach przetwarzania danych, którymi są zawarcie umowy ubezpieczenia, jej wykonanie i zachęcanie do zawierania innych umów ubezpieczenia,
- o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania, przenoszenia, ograniczenia przetwarzania oraz prawie zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych,
- o tym, że podawanie tych danych jest obowiązkowe ze względu na fakt zawierania umowy ubezpieczenia,
- o tym, że Allianz może podejmować automatyczne decyzje na podstawie profilowania danych osobowych, które zawierają dane medyczne; mam prawo otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw takiej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez pracownika.

Szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych znajduje się w polityce prywatności na stronie internetowej www.allianz.pl.

Potwierdzenie otrzymania dokumentów

Oświadczam, że przed sporządzeniem Deklaracji otrzymałem(-łam) od Ubezpieczającego informację o warunkach ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zespół, o których mowa powyżej (OWU) i zapoznałem(-łam) się z ich treścią.

Upoważnienie do zasięgnięcia informacji medycznych

Upoważniam Allianz do zasięgnięcia w innych zakładach ubezpieczeń, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz u lekarzy dotyczących mnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w szczególności dotyczących:

- mojego stanu zdrowia,
- przyczyny śmierci,
- weryfikacji podanych przeze mnie danych,
- okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń.

Zakres informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego obejmuje:

- informacje o przyczynach pobytu w szpitalu, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona,
- informacje o przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia,
- informacje o wynikach przeprowadzonych konsultacji,
- informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego.

Nie obejmuje on wyników badań genetycznych.

VII. Niezbędne oświadczenia i zgody cd.

Upoważniam Allianz również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń lub reasekuracji. Wyrażam także zgodę na uzyskiwanie od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem, co będzie podstawą ustalenia odpowiedzialności Allianz oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Upoważnienia te nie wygasają z chwilą mojej śmierci.

Informacja o kontrofercie

Przyjmuję do wiadomości, że Allianz przeprowadzi ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie analizy podanych przeze mnie informacji oraz otrzymanych dokumentów. Wynikiem analizy może być zaproponowanie przez Allianz zmienionych warunków ubezpieczenia, w tym podwyższenie Kosztu Ochrony lub ograniczenia i wyłączenia w zakresie Ochrony albo odmowa udzielenia Ochrony. Na powyższe okoliczności Allianz wskaże w Dokumencie Uczestnictwa lub w odrębnym piśmie.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową

Oświadczam, że nie jestem obecnie objęty(-ta) ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie Zespół.

Wyrażam zgodę na objęcie mnie przez Allianz ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia.

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na:

- zmiany w warunkach Umowy, w tym na zmiany zakresu ubezpieczenia, Sum Ubezpieczenia, Kosztu Ochrony, w trakcie zawierania Umowy oraz w trakcie jej wykonywania,
- objęcie mnie Ochroną – również na zmienionych warunkach – z tytułu kolejnych Umów, które są zawierane na zasadach określonych w OWU.

Oświadczenia dotyczące umowy ubezpieczenia grupowego Assistance

Jeśli Ubezpieczający rozszerzył bądź w przyszłości rozszerzy zakres Umowy o Umowę dodatkową Assistance, to wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, która wynika z Umowy dodatkowej Assistance (otrzymałem(-łam) i zapoznałem(-łam) się z ogólnymi warunkami Umowy dodatkowej Assistance).

Zostałem(-łam) poinformowany(-na), że w celu realizacji Umowy ubezpieczenia oraz w celu realizacji usług w ramach Umowy dodatkowej Assistance, administratorem moich danych osobowych będzie AWP P&C SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.

Zostałem(-łam) poinformowany(-na), że szczegółowy opis sposobu, w jaki AWP P&C SA Oddział w Polsce przetwarza dane osobowe, znajduje się w polityce prywatności na stronie www.allianz.pl.

Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-na) o celach przetwarzania danych, związanych z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego oraz jej wykonaniem, jak również o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania oraz o tym, że podawanie ich jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu przystąpienia do wyżej wymienionej umowy ubezpieczenia.

Obsługa w serwisie Mój Allianz

Przyjmuję do wiadomości, że mój numer telefonu i adres e-mail będą wykorzystane do aktywacji internetowego serwisu Mój Allianz na stronie internetowej www.allianz.pl, oraz że aktywacja tego serwisu wymaga wcześniejszej akceptacji regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną.

data

D D M M R R R R

czytelny podpis Uczestnika/Współuczestnika⁵

⁵ albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich

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 powiązane⁴ 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.

⁴ 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/Współuczestnika⁵

⁵ albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich