

Wniosek o przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia w przypadku zgonu Ubezpieczającego

Do wniosku należy dołączyć kopię orzeczenia z sądu o nabyciu spadku.

Dotyczy: polisy nr

Spadkobierca Ubezpieczającego

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

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)

Forma organizacyjna

NIP

REGON

Adres korespondencyjny /siedziby firmy

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Nowy Ubezpieczający

Typ podmiotu

- osoba fizyczna
 osoba prawna
 jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej

(w przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk zawierający dane osoby reprezentującej podmiot lub daną osobę fizyczną)

Stan cywilny

- panna/kawaler
 zamężna/żonaty
 rozwiedziona/rozwiedziony
 wdowa/wdowiec

Wykształcenie

- podstawowe
 zawodowe
 średnie
 wyższe

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

Płeć

- kobieta
 mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Miejscowość urodzenia

Kraj urodzenia /kraj założenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

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

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)

Forma organizacyjna

REGON

NIP

PKD wiodąca

Liczba zatrudnionych osób

KRS

Obrót roczny w ostatnim roku obrotowym

- do 3 mln zł
 do 40 mln zł
 pow. 40 mln zł

Adres zameldowania/ siedziby 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
 -

Oświadczenie Spadkobiercy Ubezpieczającego

Proszę o zmianę Ubezpieczającego w ww. umowie ubezpieczenia i oświadczam, że zrzekam się praw do niej z dniem (d-m-r) - - roku.

Podpis Spadkobiercy Ubezpieczającego zgodny ze wzorem 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.)

Data (d-m-r) Miejscowość
 - -

Oświadczenia dot. rezydencji podatkowej* Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Czy klient jest podatnikiem USA? Czy klient jest podatnikiem polskim? Posiadam inną rezydencję podatkową (poza Polska i USA)
 tak nie tak nie tak nie

W przypadku posiadania rezydencji podatkowej innej niż Polska, prosimy o uzupełnienie poniższej tabeli.

Kraj rezydencji podatkowej (dwuliterowy kod kraju) (należy wypełnić w przypadku posiadania innej rezydencji niż Polska)	Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN)	Kraj rezydencji nie nadaje TIN	Nie jestem w stanie uzyskać numeru NIP/TIN lub jego funkcjonalnego ekwiwalentu z innych przyczyn (proszę podać powód)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	

Na podstawie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami każdy klient TU Allianz Życie Polska S.A. zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w zakresie statusu podatnika Stanów Zjednoczonych Ameryki.

W przypadku osób fizycznych, które wskażą, iż są podatnikiem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub wskażą rezydencję podatkową inną niż Polska należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dla osoby fizycznej. W przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, które wskażą iż są podatnikiem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub podatnikiem innych państw niż Polska należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) oraz Common Reporting Standard (CRS). Definicja podatnika USA powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code) wedle którego podatnikiem USA jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej:

- 1) posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa)
- 2) uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta)
- 3) dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA
- 4) przebywała w USA przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w USA w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla liczby dni pobytu w roku bieżącym, 1/3 dla dni pobytu w roku poprzednim i 1/6 dla dni pobytu dwa lata wstecz co oznacza, że:
 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu
 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu
 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu

Zobowiązuję się poinformować raportującą TU Allianz Życie Polska S.A. o jakiegokolwiek zmianie okoliczności, która ma wpływ na rezydencję podatkową lub powoduje, że informacje zawarte w złożonym oświadczeniu stają się nieprawne, w terminie 14 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności oraz złożyć raportującej instytucji finansowej odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od tego dnia.

Oświadczenie Ubezpieczającego dot. statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (PEP), członków rodziny PEP oraz bliskich współpracowników PEP

Należy wypełnić gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną.

Na podstawie ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu każdy klient TU Allianz Życie Polska S.A. zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w zakresie statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (PEP), bycia członkiem rodziny PEP oraz bliskim współpracownikiem PEP. Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi został określony w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw finansów publicznych wydanego na podstawie art. 46c ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Oświadczam, że jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Czy Ubezpieczający zajmuje eksponowane stanowisko polityczne*? tak nie stanowisko: _____

Czy Ubezpieczający jest członkiem rodziny PEP**? tak nie

Czy Ubezpieczający jest bliskim współpracownikiem PEP***? tak nie

(Należy wypełnić, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną, w przypadku zaznaczenia TAK należy wypełnić dodatkowy załącznik Oświadczenie PEP)

***Osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne (PEP)** w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – osoba fizyczna (z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla) zajmująca znaczące stanowisko lub pełniąca znaczącą funkcję publiczną w tym:

- szeffowie państw, szeffowie rządów, ministrowie, wiceministrowie, sekretarze stanu,
- członkowie parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- członkowie organów zarządzających partii politycznych,
- członkowie sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
- członkowie trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- ambasadorowie, chargés d'affaires oraz wyżsi oficerowie sił zbrojnych,
- członkowie organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorzy, zastępcy dyrektorów oraz członkowie organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorzy generalni w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorzy generalni urzędów wojewódzkich,
- inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.

****Członkowie rodziny PEP** – rozumie się przez to:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

*****Osoby znane jako bliscy współpracownicy PEP** – rozumie się przez to:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi został określony w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw finansów publicznych wydanego na podstawie art. 46c ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Informuję, iż zapoznałem się z warunkami na jakich została zawarta ww. umowa ubezpieczenia, w tym z ogólnymi warunkami ubezpieczenia obowiązującymi w dniu jej zawarcia oraz, że przejmuję na siebie obowiązek opłacania kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Jednocześnie oświadczam, że z dniem (d-m-r) - - roku przejmuję prawa wynikające z zawarcia ww. umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie.

Klauzula informacyjna (TUzZ/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 wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnieniu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. (TUzZ/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. (TUzZ/KI/NT/Z/019/1.0)

Administrator wynajął 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. (TUzZ/KI/NT/Z/020/1.0)

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

- oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążący na Administratorze (TUzZ/KI/NT/Z/004/2.0)
- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbedność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUzZ/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 niezbedność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług (TUzZ/KI/NT/Z/007/2.0)
- automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie przedstawienia odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Panią/Pana wyraźna zgoda (TUzZ/KI/NT/Z/021/1.0)
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbedność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUzZ/KI/NT/Z/011/2.0)
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbedność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (TUzZ/KI/NT/Z/022/1.0)
- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbedność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkole Administratora (TUzZ/KI/NT/Z/023/1.0)
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbedność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUzZ/KI/NT/Z/024/1.0)
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbedność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUzZ/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 udostępniemy Panu/Pani kopię tych zabezpieczeń.

Podanie danych osobowych w zakresie niezbednym 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 niezbedne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. (TUzZ/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. (TUzZ/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 wyraźna zgoda. (TUzZ/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, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034, Zurich, Szwajcaria. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUzZ/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 oznaczają 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. 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. (TUzZ/KI/NT/Z/040/1.0)

Przysługuje Pani/Panu prawo do: (TUzZ/KI/NT/Z/003/1.0)

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUzZ/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 (TUzZ/KI/NT/Z/015/2.0)
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUzZ/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 (TUzZ/KI/NT/Z/036/1.0)
 - przeniesienia 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 (TUzZ/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. (TUzZ/KI/NT/Z/038/1.0)

Zgody niezbedne do zawarcia umowy ubezpieczenia: (TUzZ/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. (TUzZ/ZD/NT/Z/011/1.0)

Zgody dodatkowe (TUzZ/ZD/NT/T/001/1.0)

Wyrażam dobrowolną zgodę na przesłanie mi dokumentów i informacji związanych z obsługą zgłoszonej szkody lub roszczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym telefonu i poczty elektronicznej. (TUzZ/ZD/NT/Z/008/2.0)

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)

- warunków ubezpieczenia oraz innych informacji i dokumentów niezbędnych do zawarcia i wykonania niniejszej umowy ubezpieczenia (TUnZ/ZO/NT/Z/001/1.0)
- powiadomień o zbliżającym się terminie płatności składki (TUnZ/ZO/NT/Z/004/1.0)
- informacji o każdorazowej zmianie doręzonego Dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie wraz z załącznikami (TUnZ/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: (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)

Data (d-m-r)

- -

Miejscowość

Podpis Nowego Ubezpieczającego zgodny ze wzorem 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.)

Oświadczenie Ubezpieczonego

Udzielam Nowemu 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.

Data (d-m-r)

- -

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym dokumentem tożsamości