

UPOSAŻENI

1. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

2. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

UPOSAŻENI ZASTĘPCZY

1. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

2. Nazwisko

Stopień pokrewieństwa

% świadczenia

Imię

Data urodzenia (d-m-r)

PESEL

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,
- 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 (OWU) o sygnaturze wskazanej na 1. stronie i zapoznałem(-łam) się z ich treścią.

Upoważnienie do zasięgania informacji medycznych

Upoważniam Allianz do zasięgania 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.

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 udzielania Ochrony.

Na powyższe okoliczności Allianz wskaże w Dokumencie Uczestnictwa lub w odrębnym piśmie.

Potwierdzenie zdolności do świadczenia pracy

Oświadczam, że w dniu podpisania Deklaracji:

- nie przebywam na zwolnieniu lekarskim (nie dotyczy: ciąży, porodu, złamań kończyn górnych i dolnych – pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń i zwichnięć, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków, zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie, np. dziecko),
- nie przebywam w szpitalu, hospicjum lub innym zakładzie leczniczym lub opiekuńczym,
- nie pobieram świadczeń rehabilitacyjnych ani się o nie nie ubiegam,
- nie jestem niezdolny do pracy lub niezdolny do służby decyzją właściwego organu.

NIEZBĘDNE OŚWIADCZENIA I ZGODY CD.

Oświadczenia medyczne

Oświadczam, że nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:

- choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), kardiomiopatia, zaburzenia rytmu serca, miażdżyca, przewlekła niewydolność układu krążenia, tętniak aorty, wada serca, zakrzepica żylna, zatorowość płucna, zawał serca,
- krwotok śródczaszkowy, przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, tętniak naczyń mózgowych, udar mózgu,
- choroba Alzheimera, padaczka, porażenie kończyn górnych lub dolnych, stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne,
- reumatoidalne zapalenie stawów, toczень układu,
- choroba Leśniowskiego-Crohna, choroby trzustki, choroby wątroby, nieswoiste choroby zapalne jelit, takie jak: wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- przewlekła niewydolność nerek, przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych),
- zaburzenia psychiczne,
- zakażenie wirusem HIV.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego.

Oświadczam, że nigdy nie ubiegałem się o rentę z powodu niezdolności do pracy ani nigdy nie został w stosunku do mnie orzeczony stopień niepełnosprawności.

Pobyt w Polsce

Oświadczam, że nieprzerwanie mieszkam w Polsce dłużej niż 2 lata.

Oświadczenia dotyczące umowy ubezpieczenia grupowego Assistance

Jeśli Ubezpieczający rozszerzył, bądź w przyszłości rozszerzy zakres Umowy o Umowę Dodatkową Ubezpieczenia:

- Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow” lub
- Assistance,

to wyrażam zgodę na objęcie mnie Ochroną, która wynika z Programu Assistance lub Programu Assistance III (Otrzymałem i zapoznałem się z Warunkami Programów Assistance).

Zostałem(-łam) poinformowany(-na), że w celu realizacji Umowy Ubezpieczenia oraz w celu realizacji usług w ramach Programów 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.

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

Data (d-m-r)

–

–

Czytelny podpis Współuczestnika¹

¹ albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich

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 powiązane² 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.

² 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.

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

Data (d-m-r)

–

–

Czytelny podpis Współuczestnika¹

¹ albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich

strona 3/3