

przystąpienia Współuczestnika  
do Grupowego Ubezpieczenia  
na Życie Opiekun

WZÓR

Kod kreskowy - Biuro Główne Allianz

Ubezpieczający (nazwa firmy)

WPISZ NAZWĘ FIRMY

D O B R A F I R M A S p . z o . o .

WPISZ NUMER POLISY

WPISZ NUMER WNIOSKU

numer polisy

numer wniosku

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

6 5 4 3 1 2

1 2 3 4 5 6

P G O / 2 0 2 2 / 1 - P D 2 0 2 2 0 6

## Uczestnik

WPISZ DANE PRACOWNIKA

WPISZ NUMER SYGNATURY OWU ODPWIEDNI DLA DANEJ  
POLISY NP: PGO/2020/1 PD202008, PGO/2018/1 PD201804,  
PGO/2017/1 PD201701, 3/2004, PGO/2022/1 PD202206

nazwisko

K O W A L S K I

imię

J A N

PESEL

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1

## Współuczestnik (Małżonek, Partner, Pełnoletnie Dziecko)

WPISZ DANE WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA

nazwisko

K O W A L S K A

imię

E W A

PESEL

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1

obywatelstwo

P L

płeć K/M

K

## Adres zamieszkania

kod pocztowy

0 0 = 1 2 3

miejscowość

W A R S Z A W A

ulica

M I C K I E W I C Z A

numer domu

1

numer lokalu

1

numer telefonu komórkowego

1 2 3 4 5 6 7 8 9

adres e-mail

J A N . K O W A L S K I @ W P . P L

## Informacje o Współuczestniku

pokrewieństwo z Uczestnikiem (Małżonek/Partner/Pełnoletnie Dziecko)

Ż O N A

WPISZ POKREWIEŃSTWO

data zawarcia związku małżeńskiego (dotyczy Małżonka)

0 1 0 9 2 0 2 0

jestem zatrudniony (pracuję):

TAK ☒NIE ☐

zawód wykonywany

P R A C O W N I K B I U R O W Y

WPISZ WYKONYWANY ZAWÓD

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

- przebywał(a) Pan(i) na ponad 21-dniowym nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim (nie dotyczy: ciąży, porodu, złamań kończyn górnych i dolnych - pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń i zwichnięć, usunięcia wyrostka robaczkowego lub migdałków, zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie, np. dziecko) lub
- przebył(a) Pan(i) jakąkolwiek chorobę, która na okres ponad 21 kolejnych dni wyłączyła Pana(Panią) z codziennej, życiowej aktywności, to jest: pracy zarobkowej, prac we własnym gospodarstwie rolnym lub domowym, nauki w szkole lub na uczelni?

TAK ☐NIE ☒Nie możemy przyjąć Twojej  
Deklaracji, jeśli odpowiedź  
brzmi TAK.

## Przejdź do Allianz

Wypełniają osoby, które były uczestnikami grupowego ubezpieczenia na życie, z którego Ubezpieczający zrezygnował i przeszedł do Allianz

Byłem(-łam) uczestnikiem grupowego ubezpieczenia na życie i w dniu jego zakończenia byłem (-łam) objęty (-ta) nieprzerwaną ochroną dłużej niż 9 miesięcy.

TAK ☐NIE ☒

WPISZ WYSOKOŚĆ SKŁADKI

## Zakres ubezpieczenia

Wariant/Kategoria

1

wysokość Kosztu Ochrony

7 0 , 0 0

AKTUALNA DATA

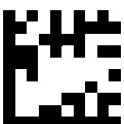
Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

data

1 0 1 1 2 0 2 0

PODPISUJE UCZESTNIK

czytelny podpis Uczestnika



| Uposażeni      |                             | WPISZ DANE OSOBY, KTÓRĄ CHCESZ UPOSAŻYĆ |                       |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| 1. nazwisko    | K O W A L S K I             | imię                                    | J A N                 |
| data urodzenia | 1 D 0 D 1 M 1 M 1 R 9 R 0 R | PESEL                                   | 9 0 1 1 1 0 5 6 5 5 5 |
|                |                             | % świadczenia                           | 1 0 0                 |
|                |                             | pokrewieństwo                           | M A Ż                 |
| 2. nazwisko    |                             | imię                                    |                       |
| data urodzenia | D D M M R R R R             | PESEL                                   |                       |
|                |                             | % świadczenia                           |                       |
|                |                             | pokrewieństwo                           |                       |

| Uposażeni Zastępczy |                                 | WPISZ DANE UPOSAŻONEGO ZASTĘPCZEGO |                       |
|---------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| 1. nazwisko         | K O W A L S K I                 | imię                               | P I O T R             |
| data urodzenia      | 1 D 0 D 1 M 1 M 2 R 0 R 0 R 9 R | PESEL                              | 0 9 1 1 1 0 5 6 5 5 5 |
|                     |                                 | % świadczenia                      | 1 0 0                 |
|                     |                                 | pokrewieństwo                      | S Y N                 |
| 2. nazwisko         |                                 | imię                               |                       |
| data urodzenia      | D D M M R R R R                 | PESEL                              |                       |
|                     |                                 | % świadczenia                      |                       |
|                     |                                 | pokrewieństwo                      |                       |

## 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](http://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 udzielenia 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, złań 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.

### 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, toczeń układowy,

Niezbędne oświadczenia i zgody cd.

- 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 u 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](http://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, iż mój numer telefonu i adres poczty elektronicznej będą wykorzystane do aktywacji internetowego serwisu obsługi Mój Allianz na stronie internetowej [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl), który jest administrowany przez Allianz Sp. z o.o. oraz, że aktywacja tego serwisu wymaga wcześniejszej akceptacji regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną. Proszę o zmianę innych umów, które łączą mnie z podmiotami powiązanymi<sup>1</sup> w taki sposób, że gdy dopuszczają to przepisy prawa, moje zlecenia, dyspozycje i oświadczenia złożone w internetowym serwisie obsługi zostaną przez te podmioty uznane za równoważne w skutkach z takimi, które są składane w formie pisemnej. Allianz Sp. z o.o. oświadcza, że jest uprawniona do przyjęcia i akceptacji wniosku w zakresie takiej zmiany.

<sup>1</sup> 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, Aviva Powszechne Towarzystwo Emerytalne Aviva Santander S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne, Allianz Sp. z o.o.

Oświadczenie dodatkowe (obowiązkowe tylko, jeśli w umowie ubezpieczenia obowiązują OWU PGO/2018/1 lub starsze)

Oświadczam, że nie wykonuję

1. **Pracy w Szczególnie Niebezpiecznych Warunkach** – przez którą należy rozumieć pracę wykonywaną:  
na platformie wiertniczej, na wysokości powyżej 15 metrów, pod ziemią, pod wodą, przy pozyskiwaniu lub zrywce drewna, w rafinerii oraz
2. **Zawodu Szczególnie Niebezpiecznego** – przez który należy rozumieć jeden z następujących zawodów: akrobata, artysta cyrkowy, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, funkcjonariusz mundurowych służb specjalnych, kaskader, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, korespondent wojenny, nurek, opiekun zwierząt niebezpiecznych w zoo lub cyrku, pirotechnik, pracownik organizacji humanitarnej – o ile bierze udział w misjach na terenach zagrożonych wojną lub kataklizmem, pracownik podziemnego górnictwa węglowego i kopalnictwa, pracownik turbin wiatrowych, ratownik (medyczny, chemiczny, górski, morski, drogowy, wodny) – o ile bierze udział w akcjach niebezpiecznych, rybak pracujący na kutrze, strażak, treser zwierząt niebezpiecznych, żołnierz zawodowy (saper, pilot helikopterów i samolotów, żołnierz w jednostce specjalnej, żołnierz uczestniczący w wyjazdach na misje zagraniczne).

Potwierdzam

Nie możemy przyjąć Deklaracji jeśli nie możesz potwierdzić powyższego oświadczenia, chyba żeawnioskujesz o poniższe wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

Wnioskuję o objęcie ochroną ubezpieczeniową na zmienionych warunkach i zgadzam się, że w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż Śmierć Uczestnika, Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeśli zdarzenie nastąpi w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, który będzie związany z wykonywaniem przez Uczestnika:

- 1) Pracy w Szczególnie Niebezpiecznych Warunkach oraz
  - 2) Zawodu Szczególnie Niebezpiecznego,
- o które Towarzystwo pytało w niniejszej Deklaracji.

Tak

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

data

1 0 1 1 2 0 2 0

czytelny podpis Współuczestnika<sup>2</sup>

<sup>2</sup> albo przedstawiciela ustawowego/opiekunaażnawego, w przypadku osób niepełnoletnich

Zgody dobrowolne

AKTUALNA DATA

PODPISUJE WSPÓŁUCZESTNIK

Zgoda na obsługę elektroniczną

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.

TAK NIE

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty powiązane 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.

TAK NIE

Zgoda na przysyłanie informacji handlowych

Zgadzam się na przysyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

TAK NIE

Zgoda na kontakt telefoniczny

Zgadzam się na kontakt telefoniczny w celach marketingowych.

TAK NIE

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

data

1 0 1 1 2 0 2 0

czytelny podpis Współuczestnika<sup>2</sup>

<sup>2</sup> albo przedstawiciela ustawowego/opiekunaażnawego, w przypadku osób niepełnoletnich

AKTUALNA DATA

PODPISUJE WSPÓŁUCZESTNIK