

„Pakiet Bezpieczne Życie”

Wniosek o przeniesienie między umowami grupowego ubezpieczenia na życie

Indywidualny certyfikat 9 Oświadczam, iż występuję z umowy grupowego ubezpieczenia na życie potwierdzonej polisą nr / oraz deklaruje chęć przystąpienia z dniem do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, potwierdzonejpolisą nr / zawartej pomiędzy TU Allianz Życie Polska S.A. a Ubezpieczającym Allianz Edukacja S.A.

Wariant po zmianie (nazwa)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dla Rodziny/R1u | <input type="checkbox"/> Dla Rodziny +/R2u | <input type="checkbox"/> Dla Rodziny VIP/R3u | <input type="checkbox"/> Dla Rodziny VIP+/R10u |
| <input type="checkbox"/> Dla Ciebie/R4u | <input type="checkbox"/> Dla Ciebie+/R12u | <input type="checkbox"/> Dla Ciebie VIP/R5u | <input type="checkbox"/> Dla Ciebie VIP+ /R11 |
| <input type="checkbox"/> Dla Rodzica/R6u | <input type="checkbox"/> Dla Rodzica VIP/R7u | <input type="checkbox"/> Dla Dwojga/R8u | <input type="checkbox"/> Dla Seniora/R9u |

Suma ubezpieczenia po zmianie (kwota)

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 000 zł | <input type="checkbox"/> 12 000 zł* |
|------------------------------------|-------------------------------------|

* nie dotyczy wariantu: Dla Rodziny VIP+, Dla Ciebie VIP+, Dla Ciebie+

Dotychczasowe dane

Imię (imiona)

Nazwisko

Aktualizacja danych osobowych UWAGA! wypełnij jeśli dane ulegają zmianie

 Dane po zmianie/ aktualizacji

Imię (imiona)

Nazwisko/

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

 Zmiana adresu zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

 Zmiana adresu korespondencyjnego

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

 Zmiana numeru telefonu Zmiana tel. kom. Zmiana e-mail

Inne

Rodzaj zmiany

W przypadku zmiany imienia/ nazwiska do wniosku należy dołączyć kopię dokumentu tożsamości potwierdzającego zmianę (bez wizerunku i rysopisu), potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną.



Wskazanie Partnera/Współmałżonka Ubezpieczonego

Imię i nazwisko Partnera/Współmałżonka (niepotrzebne skreślić)

Data urodzenia (d-m-r)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Wskazanie partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu klauzul dodatkowych dotyczących współmałżonka/partnera będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą. Wskazanie partnera jest możliwe wyłącznie w przypadku umów zawartych na podstawie o.w.u. o indeksie PBZ 01 oraz tych umów zawartych na podstawie innych ogólnych warunków ubezpieczeń, gdzie strony umowy przewidziały taką możliwość.

Dane Uposażonych: UWAGA! wypełnij jeśli dane ulegają zmianie w stosunku do poprzedniej umowy

Lp. Imię i nazwisko

Lp.	Imię i nazwisko
1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>

Data urodzenia (d-m-r)

Data urodzenia (d-m-r)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

% świadczenia*

% świadczenia*
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Dane Uposażonych zastępczych: UWAGA! wypełnij jeśli dane ulegają zmianie w stosunku do poprzedniej umowy

Lp. Imię i nazwisko

Lp.	Imię i nazwisko
1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>

Data urodzenia (d-m-r)

Data urodzenia (d-m-r)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

% świadczenia*

% świadczenia*
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* suma wskaźnik procentowych musi być równa 100%

Oświadczenie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie
Oświadczam, iż chce skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. i wyrażam zgodę na wysokość sumy ubezpieczenia i składki.
Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową i przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/am warunki umowy, w tym ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina „Pakiet Bezpieczne Życie” wraz z załącznikami, zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 127/2014 z dnia 5.12.2014 r. wraz z Aneksm nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 266/2015 z dnia 22 grudnia 2015 roku oraz Tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 64/2006 z dnia 12.06.2006 r. wraz z Suplementem do Tabeli zatwierdzonym uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 128/2014 z 5.12.2014 roku.

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia
Potwierdzam, że oświadczenia dotyczące mojego stanu zdrowia, złożone przeze mnie przy przystępowaniu do dotychczasowej umowy grupowego ubezpieczenia, były w chwili ich składania zgodne z moją najlepszą wiedzą.

[Informujemy, iż jeśli przystępując do umowy grupowego ubezpieczenia, z której niniejszym wnioskiem Pan/Pani występuje, poda/a Pan/Pani informacje niezgodne z prawdą lub zatai/a Pan/Pani informacje, o które TU Allianz Życie Polska S.A. pytał przed przyjęciem Pana/Pani do powyższej umowy, to w razie zajścia w okresie 3 lat od daty przystąpienia Pana/Pani do umowy grupowego ubezpieczenia z której Pan/Pani występuje, zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy, do której deklaruje Pan/Pani chęć przystąpienia, TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości (wskutek zatajenia lub podania informacji niezgodnych z prawdą).]

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 udostępniły 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 udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności TU Allianz Życie Polska S.A. oraz wysokości świadczenia.

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. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 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 wynikających z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych zobowiązań 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, jeżeli zgłosi Pan/Pani 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 przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby złożenia propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie oraz profilowania w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUnZ/KI/NT/Z/041/1)
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)
Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane na celu:
• 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 ciążyący na Administratorze (TUnZ/KI/NT/Z/004/2)
• zawarcia umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/005/2)
• wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/006/2)
• marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług (TUnZ/KI/NT/Z/007/2)
• złożenia propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest złożenie propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie (TUnZ/KI/NT/Z/008/2)
• automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz przedstawienia odpowiedniej oferty – podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona przez Panią/Pana wyraźna zgoda (TUnZ/KI/NT/Z/021/1)
• analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk. (TUnZ/KI/NT/Z/011/2)
• wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążyącego na Administratorze (TUnZ/KI/NT/Z/022/1,0)
• przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUnZ/KI/NT/Z/023/1)
• dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUnZ/KI/NT/Z/024/1)
• reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUnZ/KI/NT/Z/025/1)
Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora. (TUnZ/KI/NT/Z/018/2)
Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym 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 niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. (TUnZ/KI/NT/Z/027/1)
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. (TUnZ/KI/NT/Z/028/1)
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. (TUnZ/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, Bellierstrasse 36, 8034, Zurich, Szwajcaria. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuje daną umowę ubezpieczenia. (TUnZ/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 oznacza 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. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 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, centrom 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. (TUnZ/KI/NT/Z/040/1)

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUnZ/KI/NT/Z/035/1)
- 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 (TUnZ/KI/NT/Z/015/2)
- 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 złożenia propozycji indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie oraz profilowania (TUnZ/KI/NT/Z/016/2)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUnZ/KI/NT/Z/017/2)
- 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 (TUnZ/KI/NT/Z/036/1)
- 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 (TUnZ/KI/NT/Z/037/1)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUnZ/KI/NT/Z/038/1.0)

Zgoda klienta na otrzymywanie informacji marketingowych, w tym o ofercie, promocjach i zniżkach drogą elektroniczną

Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy poprzez:

- wiadomości e-mail (TUnZ/ZM/NT/Z/003/2)
- wiadomości sms/mms (TUnZ/ZM/NT/Z/004/2)
- telefon, w tym z wykorzystaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (TUnZ/ZM/NT/Z/005/3)

W celu przedstawienia mi kompleksowo dopasowanych informacji, w tym o produktach, usługach, promocjach, konkursach i zniżkach, zgadzam się na:

- 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/002/3)
- udostępnianie moich danych, za wyjątkiem danych o stanie zdrowia i nałogach (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. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów kontaktu, na które wyraziłam/em zgodę (TUnZ/ZM/NT/Z/008/3)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną:

- propozycji kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie (TUnZ/ZM/NT/Z/010/3)
- powiadomień o zbliżającym się terminie płatności składki (TUnZ/ZM/NT/Z/011/3)
- pisma z informacją o zakończeniu ochrony ze względu na ukończenie wieku przewidzianego w umowie (TUnZ/ZM/NT/Z/012/3)

Zgody dodatkowe

Zgody niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia:

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie) i nałogów (o ile dotyczy) przez Administratora, dla celów podanych w treści klauzuli informacyjnej, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. (TUnZ/ZD/NT/Z/010/3)

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. (TUnZ/ZD/NT/Z/011/3)

Miejscowość

Data

Czytelny podpis osoby wnoszącej o zmianę

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis pośrednika