Allianz

Ubezpieczenia na życie

Grupowe

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie dla dawców organów

Numer z wniosku o zawarcie grupowego ubezpieczenia na życie (przy zawarciu umowy) lub Numer polisy (dla przystępujących do zawartej umowy)

9

Wykaz imienny (numer-rok-pozycja) /P/ /

Dane Ubezpieczającego

Pieczątka

Fundacja Zjednoczeni dla Transplantacji
ul. Nowogrodzka 59, pawilon 11C
02-006 Warszawa

Dane Dawcy

Nazwisko

Imię (imiona)

Data urodzenia (d-m-r) Miejsce urodzenia

Pesel

Adres stałego zamieszkania

Ulica, numer domu, mieszkania

Kod pocztowy – Miejscowość

Telefon

Adres do korespondencji – jeżeli jest inny niż adres stałego zamieszkania

Ulica, numer domu, mieszkania

Kod pocztowy – Miejscowość

☐ Kobieta ☐ Mężczyzna Liczba dzieci Planowana data przeszczepu (d-m-r)

Czy posiada Pan(Pani) współmałżonka ☐ tak ☐ nie Data urodzenia współmałżonka (d-m-r)

Dane Uposażonych

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia (d-m-r)	% świadczenia
1.			
2.			
3.			

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że z dniem wymienionym poniżej przy podpisie dobrowolnie przystępuję do grupowego ubezpieczenia na życie dla dawców organów.

Deklaracja zgody na przetwarzanie danych:

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia i nałogów, przez TU Allianz Życie Polska S.A. dla celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia oraz działalnością statutową TU Allianz Życie Polska S.A. Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie ww. danych podmiotom przewidzianym przepisami prawa, podmiotom związanym z TU Allianz Życie Polska S.A. w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową oraz Allianz Aktiengesellschaft Life and Health Reinsurance z siedzibą D-80802 Monachium, Koeniginstrasse 85, w związku z reasekurowaniem ryzyka przyjętego przez TU Allianz Życie Polska S.A. z tytułu umowy ubezpieczenia. Zgody powyższe obejmują również przetwarzanie ww. danych osobowych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel ich przetwarzania.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(na) przez TU Allianz Życie Polska S.A. o zasadach i prawach wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (DzU nr 133, poz. 883), a w szczególności o tym, że posiadam prawo do wglądu do swoich danych i ich poprawiania. TU Allianz Życie Polska S.A. informuje, że dane osobowe w niniejszej deklaracji są zbierane na zasadzie dobrowolności.

Oświadczenia końcowe

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. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, a TU Allianz Życie Polska S.A. do zasięgania informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem(am) porad lub przez którego byłem(am) badany(a) lub leczony(a). Powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych, w szczególności przychodni, szpitali. Wyrażam zgodę na wykonanie badań laboratoryjnych, włącznie z pobraniem próbki krwi na obecność przeciwciał anty-HIV. Oświadczam także, że zapoznałem(am) się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Data i podpis Dawcy

Data i podpis Ubezpieczającego

☐ **Wyrażam zgodę** ☐ **Nie wyrażam zgody**

na udostępnianie, na pisemną prośbę innych zakładów ubezpieczeń, informacji dotyczących moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji danych podanych przeze mnie przy zawieraniu umowy, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielania przez Towarzystwo informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, w myśl przepisu art. 22 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Data i podpis Dawcy

GZDD-01 12/04