



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

do zawartej z TUIR Allianz Polska S.A. umowy grupowego ubezpieczenia OC zawodowej, następstw nieszczęśliwych wypadków (zwanej również "NNW") z Niezależnym Samorządnym Związkiem Zawodowym Policjantów w Opolu potwierdzonej polisami
nr polisy OC zawodowego: **650-25-430-05970728**
nr polisy NNW: **745-25-605-00008563**

Imię i Nazwisko			
Pesel			
Adres			
Jednostka/Wydział			
Numer telefonu		Adres E-mail	

Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej Zawodowej (OC Zawodowe) z ochroną prawną SUMY GWARANCYJNE:

35 000 zł uszkodzenie mienia powierzonego (kradzież lub uszkodzenie pojazdów służbowych lub sprzętu służbowego);

NOWOSĆ: 50 km holowanie pojazdu z miejsca zdarzenia

25 000 zł szkody osobowe i rzeczowe wyrządzone osobom trzecim; **5000 zł** szkody wyrządzone przez psa służbowego;

50 000 zł Ochrona Prawna w sprawach karnych i dyscyplinarnych, **25 000 zł** kaucja, **1000 zł** czyste szkody majątkowe, **25 000 zł** skutki finansowe z tytułu rażącego naruszenia prawa,

Wyplata jednorazowego świadczenia w wysokości 100% ostatniego miesięcznego uposażenia netto Ubezpieczonego, jednak nie więcej niż **5000 zł** w przypadku zawieszenia Ubezpieczonego w czynnościach służbowych w razie wszczęcia przeciwko niemu postępowania przed sądami polskimi, prowadzonego z jego udziałem w charakterze pozwanego, podejrzanego, oskarżonego lub w razie wszczęcia przeciwko Ubezpieczonemu postępowania dyscyplinarnego, o ile wiąże się to z wstrzymaniem wypłaty wynagrodzenia.

W oparciu o umowę Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Zawodowej policjantów pracowników Policji woj. opolskiego z dnia 08.03.2024 r. deklaruje przystąpienie do OC zawodowego policjantów woj. opolskiego i wyrażam zgodę na potrącanie z moich poborów składki miesięcznej w wysokości **30,00 zł** miesięcznie.

Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW)					
Zakres świadczeń	Funkcjonariusz/Współmałżonek/Dorośle dziecko			Dziecko do 18 lat	
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	Sumy ubezpieczenia i limity				
Suma ubezpieczenia	50 000 zł	20 000 zł	10 000 zł	15 000 zł	10 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW	50 000 zł	20 000 zł	10 000 zł	15 000 zł	10 000 zł
Uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW	500 zł za 1%	200 zł za 1%	100 zł za 1%	150 zł za 1%	100 zł za 1%
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego	50 000 zł	20 000 zł	10 000 zł	-----	-----
Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW	400 zł	----	-----	-----	400 zł
Koszty leczenia powstałe w wyniku NW	do 7500 zł	do 3000 zł	do 1500 zł	do 2250 zł	do 1500 zł
Świadczenia assistance po NW	do 2000 zł	-----	-----	do 2000 zł	do 2000 zł
Pobyt w szpitalu w wyniku NW (do 180 dni)	100 zł	50 zł		37 zł	25 zł
Zawał serca / udar mózgu	2 000 zł	2 000 zł	2 000 zł	-----	-----
Rehabilitacja	do 2000 zł	do 2000zł	-----	-----	-----
OC w życiu prywatnym	100 000 zł	100 000 zł	-----	-----	-----
Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku NW	do 1000 zł za m-c	-----	-----	-----	-----
Pogryzienie Ubezpieczonego przez psa lub inne zwierzęta	-----	-----	-----	400 zł	400 zł
Śmierć Rodzica Ubezpieczonego	-----	-----	-----	3 000 zł	2 000 zł
Nagle zachorowanie skutkujące hospitalizacją	-----	-----	-----	-----	400 zł
Składka miesięczna za ubezpieczenie	27,00 zł	16,00 zł	8,00 zł	3,80 zł	4,50 zł

Dane osób współubezpieczonych:

Imię i Nazwisko oraz adres zamieszkania jeśli jest inny niż Ubezpieczonego	Współmażonek/ Dziecko	Nr wariantu	Pesel

Oświadczenie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia NNW

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, iż dobrowolnie przystępuję do umowy grupowego ubezpieczenia: OC zawodowego/NNW grupowego* zawartej z TUiR Allianz Polska S.A. Oświadczam, że zapoznałem się z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz, przedstawionymi mi przez Ubezpieczającego oraz wyrażam zgodę na wskazane w odpowiedniej polisie wysokości sum ubezpieczenia, które zostały mi przedstawione przez Ubezpieczającego. Upoważniam Pracodawcę do potrącenia składki ubezpieczeniowej za grupowe ubezpieczenie z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

* niewłaściwe skreślić

Deklaracja zgody na przetwarzanie danych:

Niniejszym wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia i nałogów, przez TU Allianz Życie Polska S.A. oraz TU Allianz Polska S.A. dla celów związanych z wykonywaniem umów 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. oraz TU Allianz Polska S.A. o zasadach i prawach wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm), a w szczególności o tym, że posiadam prawo do wglądu do swoich danych i ich poprawiania oraz pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, które to prawo przysługuje mi zarówno do TU Allianz Życie Polska S.A. oraz TU Allianz Polska S.A. jak również do podmiotów, którym dane zostały udostępnione. Jednocześnie wyrażam zgodę aby niniejszy dokument oświadczenia został przedłożony TU Allianz Życie Polska S.A. i TU Allianz Polska S.A. przy zawieraniu lub realizacji świadczeń z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. oraz umowy grupowego ubezpieczenia NNW zawartej z TU Allianz Polska S.A. na mój rachunek. Moje oświadczenie stanowi zwolnienie z tajemnicy ubezpieczeniowej w rozumieniu art. 19 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz U z 2003 r. Nr 124, poz. 1151 ze zm.) w zakresie danych nim objętych.

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. oraz TU Allianz 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, w tym również po mojej śmierci, a TU Allianz Życie Polska S.A. oraz TU Allianz Polska S.A. do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am porad lub przez którego byłem/am badany/a (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych w szczególności przychodni, szpitali). Wyrażam zgodę na wykonanie badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbki krwi w kierunku przeciwciał anty-HIV

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 zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielania przez TU Allianz Życie Polska S.A. lub TU Allianz Polska S.A. 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. Brak wskazania oznacza niewyrażenie zgody na udostępnianie informacji innym zakładom ubezpieczeń.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego

Miejscowość, data

Podpis Przedstawiciela NSZZ

Miejscowość, data

Podpis Opiekuna polisy

Klauzula informacyjna

Informujemy, że Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administrator danych każdy w swoim zakresie) każdy z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu obsługi i wykonania umowy, w celu analitycznym oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania. W przypadku wyrażenia przez Państwa zgody w ramach Klauzuli Marketingowej, Państwa dane będą udostępniane następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Polska S.A., Allianz Polska Otwartemu Funduszowi Emerytalnemu zarządzanemu przez Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Bankowi Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o., Allianz Direct New Europe sp. z o.o., (adres siedziby

ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), zwanym dalej „Spółkami Grupy Allianz Polska”. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz prawo pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do każdego z ww. podmiotów.

Klauzula marketingowa

Wyrażam zgodę* na udostępnianie moich danych (w tym danych osobowych), zawartych w niniejszym dokumencie jak i pozyskanych w związku z zawartymi i wnioskowanymi umowami, Spółkom Grupy Allianz Polska wymienionym w Klauzuli Informacyjnej w celach analitycznych i marketingowych (w tym zgodę na zestawianie moich danych przez te Spółki), a także na przesyłanie przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej oraz przetwarzanie przez Administratora moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku nie zawarcia umowy lub po jej rozwiązaniu.

* w przypadku braku zgody prosimy przekreślić ww. Klauzulę Marketingową