Allianz

Grupowe Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Twoje Dziecko

Wariant Twojego ubezpieczenia: _____

(Wypełnia rodzic/opiekun. Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami)

DANE RODZICA/ OPIEKUNA

Imię

Nazwisko

PESEL

Telefon komórkowy

E-mail

DANE DZIECKA

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zostały mi dostarczone i zapoznałam/em się z treścią niżej wymienionych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla placówek oświatowych zawarte są w Ogólnych Warunkach Twoje Dziecko 1/2022. Zgadzam się na wykorzystanie mojego numeru telefonu i adresupoczty elektronicznej w celu aktywacji internetowego serwisu obsługi amieszczonego na www.allianz.pl i administrowanego przez Allianz Informujemy, że Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa oraz agenta ubezpieczeniowego współpracującego z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. w celu przedstawiania Ci ofert ubezpieczeniowych oraz zawarcia i realizacji umowy. Podawanie imienia, nazwiska, daty urodzenia i numeru PESEL jest wymagane ze względu na konieczność prawidłowej identyfikacji, numer telefonu jest wymagany w celu umożliwienia kontaktu natomiast podanie adresu e-mail jest dobrowolne lecz umożliwi szybsza komunikację elektroniczną. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści przekazywanych danych i ich poprawiania, usuwania oraz prawo zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych. Szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych zamieszczony jest w polityce prywatności na stronie internetowej www.allianz.pl

Zgody dobrowolne:

- ☐ Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. 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.
- ☐ Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
- ☐ Zgadzam się na otrzymywanie w formie elektronicznej dokumentów związanych z zawarciem i realizacją umowy.

Data i podpis rodzica/opiekuna _____

Polisa numer _____
(wypełnia Agent)