

Formularz zgłoszenia dla kandydata na Agenta/OFWCA/członka zarządu/wspólnika spółki

(jeżeli formularz wypełniany jest odręcznie to powinien być wypełniany drukowanymi literami)

TUiR Allianz Polska S.A.

TU Allianz Życie Polska S.A.

AGENT SW

OFWCA U AGENTA SW

MULTIAGENT (Agent SM)

OFWCA U MULTIAGENTA

CZŁONEK ZARZĄDU

WSPÓLNIK SPÓŁKI

ZGŁOSZENIE

AKTUALIZACJA ZGŁOSZENIA

WYKREŚLENIE

Numer ewidencyjny (wypełnia Allianz): _____

Jednostka terenowa (Region) _____
(wypełnia agent/menedżer)

Podległość/Przełożony (nazwa i nr Agenta): _____
(wypełnia agent/menedżer)

CZĘŚĆ A (dotyczy Agenta – OSOBY FIZYCZNEJ/OFWCA/członek zarządu/wspólnik spółki)

Dane personalne

Imię: _____ Drugie imię: _____

Nazwisko: _____

Obywatelstwo: _____

Data urodzenia: _____ PESEL*: _____

*w przypadku braku numeru PESEL, prosimy podać:

Rodzaj dokumentu: _____ Seria i numer dokumentu: _____
paszport, karta pobytu, inny-jaki?

Kraj wydania dokumentu: _____ Data ważności dokumentu: _____

Adres zamieszkania (wypełnia Agent/OFWCA/członek zarządu/wspólnik spółki):

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

Nr telefonu komórkowego: _____ E-mail: _____

Wysztalcenie: zawodowe średnie wyższe zawodowe wyższe magisterskie

Prowadzona działalność (wypełnia Agent – osoba fizyczna)

Nazwa firmy (pełna nazwa firmy, zgodna z nazwą firmy, zgłoszoną w CEIDG): _____

Adres siedziby firmy:

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

Adres korespondencyjny (wypełnia Agent):

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

Numer NIP: _____

Pytania dotyczące postępowania karnego lub dyscyplinarnego

Czy prowadzone jest względem Ciebie postępowanie karne w związku z możliwością popełnienia przestępstw o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 2. Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń?

TAK NIE

Czy jest względem Ciebie prowadzone lub zostało ostatecznie zakończone postępowanie dyscyplinarne, wyjaśniające lub administracyjne związane z niewłaściwym wykonywaniem czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego?

TAK NIE

CZĘŚĆ B (dotyczy Agenta – OSOBY PRAWNEJ)

Dane spółki

Pełna nazwa firmy, zgodna z nazwą firmy, zgłoszoną w CEIDG: _____

Forma prawna: sp. z o. o. sp. jawna sp. akcyjna inna spółka, jaka? _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

Adres korespondencyjny (wypełnia Agent):

Ulica _____
Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____
Kod pocztowy _____ – _____ Poczta _____ Kraj _____
Numer NIP: _____ Numer KRS: _____
Nr telefonu komórkowego: _____ E-mail: _____

CZĘŚĆ C

Numer konta bankowego (do rozliczeń prowizyjnych wykonywanych przez Allianz – Allianz Polska Services sp. z o.o./Allianz sp. z o.o. (nie dotyczy Agentów/Przedstawicieli wystawiających rachunki/faktury vat))

(wypełnia Agent)

Nazwa banku: _____
Nr konta bankowego: _____

Podając numer konta bankowego tym samym upoważniam Allianz Polska Services sp. z o.o./Allianz sp. z o.o. do rozliczania wynagrodzeń należnych mi od TUIR Allianz Polska S.A. i/lub TU Allianz Życie Polska S.A. w związku ze świadczonymi usługami na rzecz Towarzystw, zgodnie z zasadą, że niniejsze upoważnienie jest ważne na czas obowiązywania Umowy i uprawnia TUIR Allianz Polska S.A./TU Allianz Życie Polska S.A./Allianz sp. z o.o. do wystawienia Zestawienia prowizyjnego, w tym do opublikowania tego Zestawienia w wewnętrznym systemie informatycznym, oraz do dokonywania przelewu wynagrodzenia na numer rachunku wskazanego powyżej.

Inne oświadczenia (wypełnia Agent)

Czy świadczy/świadczył (-a)* Pan/Pani usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego? TAK NIE
Jeśli tak, to dla jakiego/jakich zakładów ubezpieczeń: _____
Czy staż w dystrybucji ubezpieczeń wynosi co najmniej 5 lat?: TAK NIE
Numer wpisu w Rejestrze pośredników ubezpieczeniowych prowadzonym przez KNF: _____
Czy jest Pan/Pani rezydentem w innym kraju? TAK NIE Jeśli tak, to w jakim kraju: _____

Oświadczenie o zdolności do czynności prawnych

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Powyższe dane składane są w celu zgłoszenia ww. osoby do Rejestru pośredników ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego.

Data _____ Miejscowość _____ Czytelny podpis kandydata na Agenta/OFWCA/członka zarządu/
wspólnika spółki

W przypadku kiedy rejestracja dotyczy OFWCA/członka zarządu/wspólnika spółki, poniżej podpisuje się Agent, który podpisem potwierdza to zgłoszenie:

Data _____ Miejscowość _____ Agent/osoba upoważniona w imieniu Agenta

CZĘŚĆ D (dotyczy Agenta/OFWCA)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z przepisami Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku (dalej RODO) informujemy, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej „Dane Osobowe”) jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (Administrator danych) i/lub Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administrator danych) ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, nr tel. 22 42 24 224.

Inspektor ochrony danych (IOD)

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.

Podstawy prawne i cele przetwarzania danych

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbędzie się w celach:
– wzięcia udziału w postępowaniu kwalifikacyjnym na Agenta Allianz;
– podjęcia działań zmierzających do zawarcia umowy agencyjnej;
– wykonywania obowiązków wynikających z przepisów prawa;
– przeprowadzania wewnętrznych kontroli;
– zapewnienia współpracy i komunikacji na poziomie spółek wchodzących w skład grupy kapitałowej Allianz;
– analitycznych oraz statystycznych.

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

- Zgoda na udział w postępowaniu kwalifikacyjnym (rekrutacji) na Agenta Allianz;
- Podjęcie działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; Przepis prawa – w zakresie obowiązków wynikających z tych przepisów, w tym:
 - Ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym;
 - Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
 - Ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń wraz z aktami wykonawczymi;
- Prawnie uzasadniony interes administratora polegający na:
 - wymianianiu informacji w ramach grupy kapitałowej, gdzie uzasadnionym interesem jest umożliwienie współpracy na globalną skalę, aktualizacja i zapewnienie jakości danych, weryfikacja fraudów, zarządzanie dostęпами do systemów i usług Allianz;
 - możliwości dokonywania analiz i statystyk.

Informacja o obowiązku podania danych i skutkach ich niepodania

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie wskazanym powyżej jest dobrowolne, jednakże jest warunkiem wzięcia udziału w postępowaniu kwalifikacyjnym na Agenta Allianz.

Odbiorcy danych:

Dla wewnętrznych celów administracyjnych Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom z grupy Allianz tj. Powszechnemu Towarzystwu Emerytalnemu Allianz Polska S.A., Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o., Allianz Edukacja S.A. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) oraz Allianz SE, Königinstrasse 28, D-80802 München, Allianz Technology SE, Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München,

AWP P&C S.A. Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim (bei München).
Odbiorcą Pani/Pana danych mogą być również podmioty trzecie w zakresie usług IT, usług pocztowych i operacyjnych, zarządzania dokumentacją.
Poza powyższymi, odbiorcą Pani/Pana danych mogą być wyłącznie podmioty upoważnione do tego na podstawie przepisów prawa, np. KNF.

Przekazywanie danych poza EOG

Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, Pani/Pana dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, Administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony Pani/Pana danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator na Pani/Pana wniosek udostępni kopię tych zabezpieczeń.

Przechowywanie danych:

Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez czas niezbędny do osiągnięcia celów, dla których dane te są gromadzone, wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Prawa osoby, której dane dotyczą:

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora;
- przenoszenia 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 umowy agencyjnej lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych;
- 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.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe zostały wskazane wyżej.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w zakresie przetwarzania danych osobowych, w sposób i trybie określonym w przepisach RODO oraz prawa polskiego, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie tychże danych narusza ww. przepisy.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną, oraz że podane przeze mnie dane są pełne i prawdziwe.

Data

Miejscowość

Czytelny podpis kandydata na Agenta/OFWCA)

CZĘŚĆ E (dotyczy Agenta)

Ankieta Compliance dla kandydata na Agenta

LP.	Pytanie	Tak	Nie	Dodatkowe wyjaśnienia w przypadku odpowiedzi twierdzących
1	Czy będą istniały jakiegokolwiek związki formalne i nieformalne kandydata z innym Agentem lub Multiagentem, który ma już podpisaną umowę agencyjną z Allianz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Czy kandydat potwierdzi na piśmie, że będzie przestrzegał zasad polityki antykorupcyjnej obowiązującej w Allianz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Czy kandydat był zwolniony lub została z nim rozwiązana umowa o pracę lub inna umowa cywilno-prawna za korupcję lub inne przestępstwo lub bez zachowania okresu wypowiedzenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data

Czytelny podpis kandydata na Agenta