

A guide for insurance subscribers



Insurance enrolment

If you received the link to the insurance enrolment form, start with step 1

<https://ndeklaracje.nn.pl/rejestracja/>

If you received an e-mail with a direct link to nDeclaration (nDeklaracja)

<https://ndeklaracje.nn.pl./logowanie>

proceed to step 2 since your data has already been recorded in the system.



Step 1: Insurance enrolment form



Step 2: nDeclaration (nDeklaracja)



nationale
nederlanden



1 Enrolment form

Link to form

In order to begin the process of group insurance enrolment in your company, fill in the online enrolment form available here:

ndeklaracje.nn.pl/rejestracja/



Przystąpienie do ubezpieczenia grupowego

Wypełnij poniższy formularz, jeśli

- Twój pracodawca oferuje ubezpieczenie grupowe,
- ochronę ubezpieczeniową zapewnia Nationale-Nederlanden,
- chcesz przystąpić do tego ubezpieczenia.

TWOJE DANE OSOBISTE:

* - pola wymagane

Imię *

Nazwisko *

Posiadam numer PESEL

PESEL *

Data urodzenia *

Płeć * Kobieta Mężczyzna



1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

1 Enrolment form

Personal data and contact details

Fill in the following fields:

1 Your personal data:

first name, last name, PESEL no., date of birth, gender

2 Your contact details:

e-mail address, phone no.

Przystąpienie do ubezpieczenia grupowego

Wypełnij poniższy formularz, jeśli

- Twój pracodawca oferuje ubezpieczenie grupowe,
- ochronę ubezpieczeniową zapewnia Nationale-Nederlanden,
- chcesz przystąpić do tego ubezpieczenia.

TWOJE DANE OSOBISTE:

- pola wymagane

Imię* **1** Uzpełnij pole.

Nazwisko*

Posiadam numer PESEL

PESEL*

Data urodzenia*

Płeć* Kobieta Mężczyzna

TWOJE DANE KONTAKTOWE:

Na poniższe dane wysyłamy informacje potrzebne do wypełnienia deklaracji przystąpienia.

Twój adres e-mail*

Telefon komórkowy*

! **Important** If you do not have a PESEL no. assigned, uncheck the box. We will then ask you to provide your passport number or permanent residence card number.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

1 Enrolment form

Enrolment details and details of previous insurance

Also fill in:

- 3 **Enrolment details** (the company's tax ID number [NIP], type of contract and employment date)
- 4 **Details of previous insurance** (fill in if you were enrolled in group insurance with the current insurer)

SZCZEGÓLY PRZYSTĄPIENIA:

NIP firmy, dla której pracujesz *

Twoje dane prześlemy do firmy posiadającej wpisany NIP (o ile ta firma posiada u nas polisę). Upewnij się, że numer jest poprawny.

Typ zatrudnienia *

- Umowa o pracę
- Umowa zlecenie
- Umowa o współpracy

[Pokaż pozostałe typy zatrudnienia](#)

Data zatrudnienia *

INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM UBEZPIECZENIU:

Czy posiadałeś wcześniej ubezpieczenie grupowe u obecnego pracodawcy ?

! **Important** Make sure the tax ID number (NIP) is correct. Otherwise, the form will not reach the person in charge of insurance in your company.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

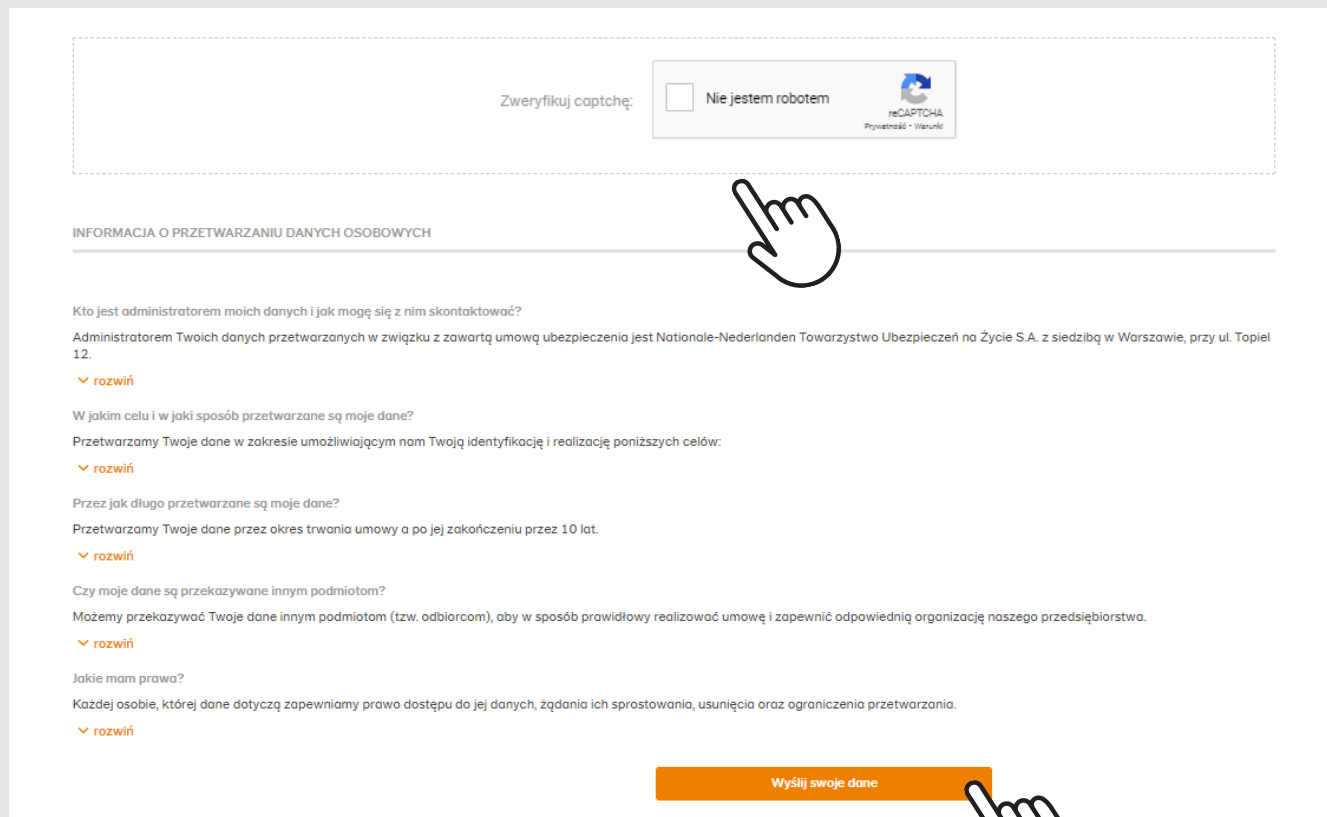
Medical survey


Declarations

1 Enrolment form

Finish

After you have read the information on personal data processing, fill in CAPTCHA and press: **Wyślij swoje dane (Send your data)**. The data will be transferred to your employer for confirmation. Once confirmed, an e-mail with the nDeclaration link will be sent to the e-mail address you indicated in the form, asking you to complete the nDeclaration and finish the enrolment process.



Zweryfikuj captchę: Nie jestem robotem 

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Kto jest administratorem moich danych i jak mogę się z nim skontaktować?
Administratorem Twoich danych przetwarzanych w związku z zawartą umową ubezpieczenia jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel 12.
▼ rozwiń

W jakim celu i w jaki sposób przetwarzane są moje dane?
Przetwarzamy Twoje dane w zakresie umożliwiającym nam Twoją identyfikację i realizację poniższych celów:
▼ rozwiń

Przez jak długo przetwarzane są moje dane?
Przetwarzamy Twoje dane przez okres trwania umowy a po jej zakończeniu przez 10 lat.
▼ rozwiń

Czy moje dane są przekazywane innym podmiotom?
Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (tzw. odbiorcom), aby w sposób prawidłowy realizować umowę i zapewnić odpowiednią organizację naszego przedsiębiorstwa.
▼ rozwiń

Jakie mam prawa?
Każdej osobie, której dane dotyczą zapewniamy prawo dostępu do jej danych, zgądania ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania.
▼ rozwiń

Wyślij swoje dane

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and
contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data
validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

nDeclaration for insurance subscribers

You have 30 days to log in to nDeclaration for the first time. After this time, your access will expire.





nDeclaration for insurance subscribers

Access

In the email **invitation** to fill out nDeclaration you will find a link that will redirect you to **the online form** and a **unique code**.

Dołącz do ubezpieczenia grupowego

Dzień dobry Anna,

dołącz do ubezpieczenia grupowego oferowanego przez LZOTVDEYBEEJLAIRUKEMBYSTUMPJSMMAUQBQPURKDAVBQZZYQRFCTDIJQTBVAQZLCLZQVGVBELT
Ochronę ubezpieczeniową zapewnia Nationale-Nederlanden.

Zaloguj się zgodnie z poniższą instrukcją i **wypełnij deklarację** przystąpienia:



1. Kliknij w poniższy link i otwórz stronę z deklaracją:

<https://g2ndeklaracje.nn.pl/logowanie>



link to the nDeclaration



2. Na stronie wpisz swój unikalny kod:

a803e99a-6b35-49de-84f3-929c9da4a06d



your unique code



3. Podaj swój numer PESEL

(opcjonalnie: nr paszportu lub karty pobytu)



4. Wpisz hasło jednorazowe

- wyślemy je do Ciebie SMSem.

Pozdrawiamy,
Zespół Ubezpieczeń Grupowych
Nationale-Nederlanden

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and
contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data
validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations



nDeclaration for insurance subscribers

Logging in

Once you click on the link, a pop-up window will show up where you need to:

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie

Wpisz swój identyfikator i kliknij przycisk "Dalej".

Twój unikalny kod: 1

Twój nr PESEL: 2

Dalej > 3

- 1 Enter your **unique code** (received by e-mail)
- 2 Enter **your PESEL number** (or passport/residence card no. – if you do not have a PESEL)
- 3 Click on **Dalej (Next)** button which will trigger a text message you will receive on the phone no. entered upon enrolment with a **single-use SMS login code**.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Logging in

On the next screen, **enter your single-use SMS code**. If you have not received an SMS within 3 minutes, ensure the unique code received via e-mail and PESEL (passport/residence card no.) were entered correctly, and that the PESEL and phone no. provided upon enrolment were correct. If all is correct, click on: **Wyślij nowe hasło (Send new password)**. After the password has been entered, click on: **Dalej (Next)** to proceed to the next stage of enrolment.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Logging in

1

nationale nederlanden nDeklaracje

Wyloguj

Witaj w serwisie nDeklaracje!

W serwisie możesz wypełnić deklarację przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. Poniżej kilka przydatnych informacji:

JAK UZUPEŁNIAĆ DEKLARACJĘ

- Deklaracja składa się z kilku kroków. Dane są zapisywane po przejściu do kolejnego kroku - możesz przerwać uzupełnianie i dokończyć po ponownym zalogowaniu.
- Konieczne jest uzupełnienie **wszystkich pól** formularza - chyba, że jakiś krok lub pole jest oznaczone jako opcjonalne.

MOGĄ CI SIĘ PRZYDAĆ

- Dane osób, które chcesz uposażyć** - osoby te będą miały prawo do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.
- Dane współubezpieczonych** - czyli bliskich, których chcesz objąć ubezpieczeniem (małżonek, partner, pełnoletnie dzieci).
- Informacje o Twoim zdrowiu** - możemy poprosić Cię o załączenie kopii dokumentacji medycznej.

Dalej >

! Important You can stop filling the nDeclaration at any time. When you log in again, you need to repeat the log-in sequence, i.e. click on the link from the e-mail, enter your unique code, PESEL no. and another temporary password which you will receive via SMS.

When logged in

you will see information regarding the form.

Once read, click on **Dalej (Next)**.

1

Welcome to the nDeclaration service!

This is where you can fill in your group insurance enrolment declaration. Here is some useful information:

HOW TO FILL IN THE DECLARATION

The declaration consists of several steps. Once you move on to the next step, the entered data is saved automatically. You can stop completing the declaration and continue where you left off when you log in a new session. All fields in the form must be completed - unless a field/step is marked optional.

WHAT WILL COME IN HANDY

Beneficiaries' data.
- These persons will be authorised to pay out your insurance money.
Data of the co-insured.
- They are your relatives you want to co-insure (spouse, partner, adult children)
Your medical records.
- we may ask you to attach a copy of your medical records

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

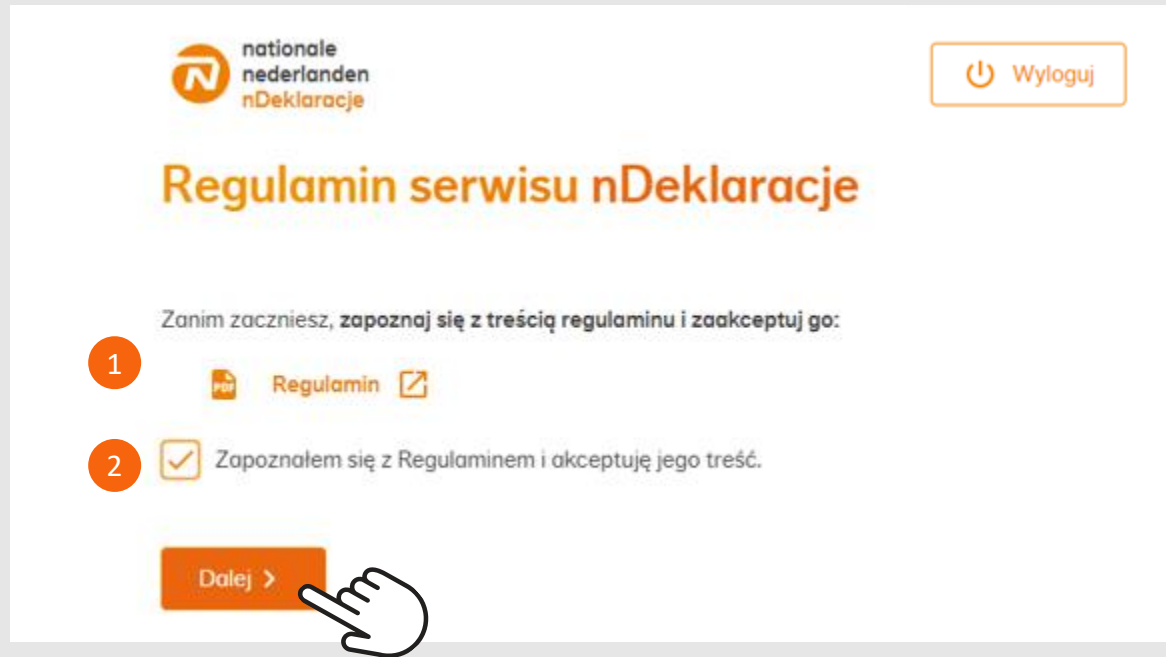
Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Logging in

Before the form comes up, you will be asked to **review and accept terms and conditions**.



The screenshot shows the 'Regulamin serwisu nDeklaracje' page. At the top left is the logo for 'nationale nederlanden nDeklaracje'. At the top right is a 'Wyloguj' button. The main heading is 'Regulamin serwisu nDeklaracje'. Below it, the text reads 'Zanim zaczniesz, zapoznaj się z treścią regulaminu i zaakceptuj go:'. There are two numbered steps: 1. A PDF icon labeled 'Regulamin' with an external link icon. 2. A checked checkbox with the text 'Zapoznałem się z Regulaminem i akceptuję jego treść.'. At the bottom is a 'Dalej >' button with a hand cursor pointing to it.

1 Terms and conditions
in order to **review terms & conditions**, click on the **PDF Regulamin** icon. The file will open in a new window.

2 Accept
– check the box saying **I have read and agree to the terms and conditions**.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Personal data validation

The screenshot shows the 'Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie' (Declaration of joining group life insurance) process. A progress bar at the top indicates five steps: 1. Weryfikacja danych (Data verification), 2. Uzupelnienie danych (Data completion), 3. Uposażenia (Benefits), 4. Oświadczenia (Statements), and 5. Wysłanie (Submission). Step 1 is currently active. Below the progress bar, there is a section for 'TWOJE DANE OSOBISTE:' (Your personal data) and 'DANE KONTAKTOWE:' (Contact data). The personal data section includes fields for Name (Anna), Surname (Testowa), PESEL (80010781984), Gender (Kobieta), and Date of birth (07.01.1980). The contact data section includes fields for Email address (karolina.rekiec@nn.pl) and Phone number (+48 515222246). Below these sections is the 'SZCZEGÓŁY PRZYSTĄPIENIA:' (Details of joining) section, which includes fields for Insurer (AIRUKEMBYST), Type of policy (Umowa o pracę), Date of employment (01.01.2020), and Salary (5 600 zł). A callout box with a hand icon points to the 'Dalej >' button, with the text 'User clicks Dalej (Next)'. A 'Wyloguj' button is visible in the top right corner.

Imię:	Anna
Nazwisko:	Testowa
PESEL:	80010781984
Płeć:	Kobieta
Data urodzenia:	07.01.1980

Adres e-mail:	karolina.rekiec@nn.pl
Numer telefonu:	+48 515222246

Ubezpieczający:	AIRUKEMBYST
Rodzaj uprawnienia:	Umowa o pracę
Data zatrudnienia:	01.01.2020
Wynagrodzenie:	5 600 zł

In step 1, **check the data** entered by your employer, i.e. first name, last name, PESEL, gender, date of birth, e-mail address, phone no., company name, type of entitlement, employment date and salary amount. **At this stage, the data entered by the employer cannot be changed.**

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Data entry

nationale nederlanden nDeclaracje Wyloguj

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie

Weryfikacja danych **2** Uzupełnienie danych 3 Uposażeni 4 Oświadczenia 5 Wysłanie

OBYWATELSTWO:

Kraj urodzenia: Polska 1

Obywatelstwo: Polska 2

DANE ADRESOWE:

Kraj: Polska 3

Ulica: Polna 4

Nr domu / Nr lokalu: 20 / 1 5

Kod pocztowy: 11-200 6

Miejscowość: Testowa 7

Poczta: Testowa 8 ⓘ

In step 2, fill in your address data and nationality details.

- 1 Country of birth
- 2 Citizenship
- 3 Country
- 4 Street
- 5 House/Flat number
- 6 Postal code
- 7 Town
- 8 Post office ⓘ

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations



nDeclaration for insurance subscribers

Data entry

OŚWIADCZENIE O ZWIĄZKU POZAMAŁŻEŃSKIM:

Jestem w związku pozamałżeńskim

Imię partnera: 1

Nazwisko partnera:

PESEL partnera: 2

Brak numeru PESEL partnera

Data urodzenia partnera: 3

W związku pozamałżeńskim od: 4

Fill in the declaration on non-marital union in case you are a beneficiary (meaning you are entitled to insurance benefits) under a partner's insurance policy.

1 **Partner's first name and last name**

2 **PESEL no. (or passport/residence card no.)**

3 **Partner's date of birth**

4 **In a non-marital union since**

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations


2 nDeclaration for insurance subscribers

Data entry

Select the insurance scope and assistance programme (if included in your insurance policy).

ZAKRES UBEZPIECZENIA:

Wybierz wariant ubezpieczenia:

Pracownicy [Pokaż szczegóły](#)  Składka: 40,00 zł / miesiąc

Wybierz program Assistance:

Brak

Assistance Top Składka: + 1,60 zł / miesiąc

Assistance Light Składka: + 0,65 zł / miesiąc

[< Cofnij](#) [Dalej >](#)

Click on **Pokaż szczegóły (Show details)** to activate a pop-up with **details of insurance coverage in a selected sub-group.**

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Beneficiaries

In step 3, **indicate the beneficiaries**, i.e. persons entitled to the insurance benefits in case of your death.

The screenshot shows the 'nationale nederlanden nDeklaracje' interface. At the top right is a 'Wyloguj' button. The main heading is 'Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie'. Below it is a progress bar with five steps: 1. Weryfikacja danych (checked), 2. Uzupełnienie danych (checked), 3. Uposażeni (active, highlighted with a red circle), 4. Oświadczenia, and 5. Wysłanie. Below the progress bar, it says 'Dodaj uposażonych - maksymalnie 6 osób.' and 'Jeśli nie wskażesz uposażonych, świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie wypłacone osobom uprawnionym zgodnie z postanowieniami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.' A dashed box contains a '+ Dodaj nowego uposażonego' button. At the bottom left is a '< Cofnij' button and at the bottom right is a 'Dalej >' button. A hand icon points to the '+ Dodaj nowego uposażonego' button.

To select beneficiaries, click on **Dodaj nowego uposażonego (Add beneficiary)**.

If you want to **skip adding beneficiaries**, click **Dalej (Next)**.

! **Important** A maximum of 6 beneficiaries may be indicated.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Beneficiaries

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

If you selected **Dodaj nowego uposażonego (Add beneficiary)**, in the next step, complete their details in the form.

- 1 First name and last name
- 2 PESEL no. (or passport/residence card no.)
- 3 Date of birth
- 4 Citizenship
- 5 Country of birth
- 6 Country
- 7 Street
- 8 Postal code
- 9 House/Flat number
- 10 Town
- 11 PESEL not assigned

You can use the option **Brak numeru PESEL (Pesel not assigned)** if you do not have a PESEL no. assigned – we will then ask you to provide your passport/permanent residence card number.

If your mailing address is the same as that of the beneficiary's, you can use the option **Skopiuj adres z moich danych (copy my address data)**.

Dane uposażonego

DANE OSOBISTE:

Imię: 1

Nozwoiska: 1

PESEL: 2

Brak numeru PESEL 11

Data urodzenia: RRRR-MM-DD 3

Obywatelstwo: Polska 4

Płeć: Mężczyzna Kobieta

Kraj urodzenia: Polska 5

ADRES DO KORESPONDENCJI:

11

Kraj: Polska 6

Ulica: 7

Kod pocztowy: XX-XXX 8

Nr domu / Nr lokalu: nr domu / nr lokalu (opcj.) 9

Miejscowość: 10

2 nDeclaration for insurance subscribers

Beneficiaries

UPOSAŻENI:

Określ udziały wśród uposażonych. Do podziału: 100 % Podziel równo

Jolanta Tomaszewska	Udział:	0 %		
Klara Tomaszewska	Udział:	0 %		

+ Dodaj nowego uposażonego

< Cofnij Dalej >

After the beneficiaries have been indicated, you must determine what part of the benefit each of them will get. You may assign different percentages to each or use the option **Podziel równo (Divide equally)**.

Important: Before the declaration is finished, you can at any time:

- edit beneficiaries' details
- remove a beneficiary
- Dodaj nowego uposażonego add a beneficiary

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Co-insured

nationale nederlanden nDeklaracje

Wyloguj

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie

Weryfikacja danych Uzupelnienie danych Uposażeni **4 Współubezpieczeni** 5 Ankieta medyczna 6 Oświadczenia 7 Wyslanie

Dodaj współubezpieczonych (krok opcjonalny)

Jako Ubezpieczony Główny możesz ubezpieczyć także członków swojej rodziny (małżonka, partnera, pełnoletnie dziecko).
Dodane przez Ciebie osoby zostaną poproszone o wypełnienie deklaracji przystąpienia do polisy.

+ Dodaj nowego współubezpieczonego

< Cofnij Dalej >

If a given policy covers enrolment **for spouses, partners or adult children**, you may enrol the co-insured persons.

In order to do that, click on **Dodaj nowego współubezpieczonego (Add new co-insured)**.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Co-insured

Dane współubezpieczonego

TYP UPRAWNIENIA:

Kogo chcesz zgłosić do ubezpieczenia: Małżonek
 Dziecko pełnoletnie
 Partner

DANE OSOBISTE:

Imię: 1

Nazwisko:

PESEL: 2

Brak numeru PESEL. 7

Data urodzenia: 3

Płeć: Kobieta Mężczyzna 4

DANE KONTAKTOWE:

Adres e-mail: 5

Telefon komórkowy: +48 6

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO:

Powyższa osoba posiadała wcześniej ubezpieczenie grupowe w innej firmie.

ZGODA NA OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM:

Oświadczam, że powyższa osoba wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Zapisz Anuluj

This is where you provide **details of the co-insured person:**

- 1 **First name and last name**
- 2 **PESEL no. (or passport/residence card no.)**
- 3 **Date of birth**
- 4 **Gender**
- 5 **E-mail address**
- 6 **Phone no.**
- 7 **PESEL not assigned**

You can use the option **Brak numeru PESEL (Pesel not assigned)** if you do not have a PESEL no. assigned – we will then ask you to provide your passport/permanent residence card number.

Once details are entered and the the participation of the co-insured person is confirmed, they will **receive an invitation e-mail to fill out the nDeclaration.**

To finalise adding a co-insured person you need to check the box that says **I hereby declare that the above-mentioned person has consented to being co-insured** and then click **Zapisz (Save)**.

! Important Contact details of the co-insured (phone no., e-mail address) must not be the same as your contact details!

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Co-insured

Once confirmed, you will be redirected to the main screen where other co-insured can be added. This view shows data of already added co-insured persons and by selecting **Dodaj nowego współubezpieczonego (Add new)** you can indicate more co-insured persons.

nationale nederlanden nDeklaracje Wyloguj

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie

Weryfikacja danych Uzupelnienie danych Uposażeni **4 Współubezpieczeni** 5 Ankieta medyczna 6 Oświadczenia 7 Wysłanie

Dodaj współubezpieczonych (krok opcjonalny)

Jako Ubezpieczony Główny możesz ubezpieczyć także członków swojej rodziny (małżonka, partnera, pełnoletnie dziecko). Dodane przez Ciebie osoby zostaną poproszone o wypełnienie deklaracji przystąpienia do polisy.

Michał Testowy Typ uprawnień: Małżonek

+ Dodaj nowego współubezpieczonego

< Cofnij Dalej >

Once you've finished adding the co-insured, click **Dalej (Next)**.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Medical survey

For some insurance policies, **filling out a medical survey** is required.

In case the **medical survey is not required**, this step will be skipped and **you will** automatically **proceed to the next one Declarations**.

The screenshot shows the 'nationale nederlanden nDeklaracje' interface. At the top right is a 'Wyloguj' button. The main heading is 'Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie'. Below it is a progress bar with seven steps: 1. Weryfikacja danych (checked), 2. Uzupelnienie danych (checked), 3. Uposażeni (checked), 4. Współubezpieczeni (checked), 5. Ankieta medyczna (active, highlighted in orange), 6. Oświadczenia (dashed line), and 7. Wysłanie (dashed line). Below the progress bar, the instruction 'Odpowiedz na poniższe pytania.' is followed by a form titled 'DODATKOWE INFORMACJE O TOBIE'. This form contains two input fields: 'Wzrost (cm)' with the value '171' and 'Waga (kg)' with the value '62'. A 'Kontynuuj >' button is located at the bottom right of the form.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Medical survey

The screenshot shows a web form titled 'ZALĄCZNIKI' (Attachments) with a section for 'Choroby' (Diseases) and 'nadcisnienie' (Hypertension). It instructs the user to download and fill out a questionnaire. A red circle '1' highlights the download button for the PDF file 'KWESTIONARIUSZ-DOTYCZACY-NADCISNIENIA-TETNICZEGO.pdf'. Below, a red circle '2' highlights the 'wyniki badan.jpg' file in the 'załqcz dokumentację medycznq' (attach medical documentation) field. The form also includes a 'Dodaj z dysku' (Add from disk) button and a 'Kontynuuj >' (Continue) button. Navigation buttons '< Cofnij' (Back) and 'Dalej >' (Next) are at the bottom.

In case of some existing medical conditions, we may ask you to:

- 1 **Fill in an additional questionnaire** – it needs to be downloaded, filled in on your computer (signature is not required) and **once filled, attached in nDeclaration.**
- 2 **Attach medical records** of conditions/events indicated in the questionnaire.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Declarations

In step 6, you will be asked for **the confirmation of your declarations** and for necessary insurance and marketing consents.

Weryfikacja danych Uzupełnienie danych Uposażeni Współubezpieczeni Azuleta medyczna **Oświadczenia** Wysłanie

Oznacz zgodnie z prawdą poniższe oświadczenia i zgody

OSWIADCZENIA PRZYSTĘPIJĄCEGO DO UBEZPIECZENIA

Oznacz zgodnie z prawdą...

Czy aktualnie przebywasz na zwolnieniu lekarskim lub w szpitalu, hospicjum, hospicjum domowym, placówce dla przewlekle chorych albo czy kiedykolwiek uznano w stosunku do Ciebie niezdolność do pracy, niepełnosprawność, rentę lub świadczenie rehabilitacyjne?

Tak
 Nie

Czy potwierdzasz, że wszelkie podane przez Ciebie dane są kompletne i zgodne z prawdą? W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) walczy jest od odpowiedzialności zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

Tak
 Nie

Czy potwierdzasz, że otrzymałaś(eś) oraz zapoznałaś(eś) się z warunkami, o których stanowi Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, w tym z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej? Znasz wszelkie prawa i obowiązki wynikające z objęcia Cię Ubezpieczeniem?

Tak
 Nie

Czy potwierdzasz, że uzyskałaś(eś) ustne pełnomocnictwo Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka, Dziecka, w tym pełnoletniego, potwierdzające wolę tej osoby/osób skorzystania z zastrzeżonej na jej/ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej? Osoby te zostały również poinformowane o wysokości sum ubezpieczenia?

Tak
 Nie

Czy zgadzasz się na objęcie Twojego życia i zdrowia ochroną ubezpieczeniową na sumę ubezpieczenia wskazaną w umowie oraz upoważniasz Ubezpieczającego do wyrażenia w

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Mark truthfully the following statements and consents:

1 **DEFINICJE:**

The Insurer - Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., with its registered office in Warsaw, ul. Topiel 12

The Nationale-Nederlanden Group - Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Dobrowolny Fundusz Emerytalny represented by Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe sp. z o.o., Nationale-Nederlanden Otwarty Fundusz Emerytalny represented by Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., z siedzibami w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12 oraz Notus Finanse S.A. z siedzibą w Warszawie (00-517) przy ul. Marszałkowskiej 76

The Policyholder - JUJKVGSNHSJNXVCAEWEYLORLZO

2 **OŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:**

Czy aktualnie przebywasz na zwolnieniu lekarskim lub w szpitalu, hospicjum, hospicjum domowym, placówce dla przewlekle chorych albo czy kiedykolwiek uznano w stosunku do Ciebie niezdolność do pracy, niepełnosprawność, rentę lub świadczenie rehabilitacyjne?

Tak **3**

Nie **4**

3 Yes

4 No

1 DEFINITIONS:

The Insurer - Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., with its registered office in Warsaw, ul. Topiel 12

The Nationale-Nederlanden Group - Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Dobrowolny Fundusz Emerytalny represented by Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe sp. z o.o., Nationale-Nederlanden Otwarty Fundusz Emerytalny represented by Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., with its registered office in Warsaw (00-342), ul. Topiel 12, and Notus Finanse S.A. with its registered office in Warsaw, (00-517), ul. Marszałkowska 76

The Policyholder - JUJKVGSNHSJNXVCAEWEYLORLZO

2 HEALTH DECLARATION

Are you currently on sick leave or in a hospital, hospice, home hospice, chronic care facility or have you ever been recognised as having an inability to work, a disability, or have you ever been granted a pension or a rehabilitation benefit?

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Declarations of the insurance subscriber

1 **OŚWIADCZENIA PRZYSTĘPUJĄCEGO DO UBEZPIECZENIA**

Udzielenie stosownych zgód jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Oznacz "Tak" na poniższe pytania w tej sekcji **4**

Czy potwierdzasz, że wszelkie podane przez Ciebie dane są kompletne i zgodne z prawdą? W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

Tak **2**

Nie **3**

Czy potwierdzasz, że otrzymałaś(eś) oraz zapoznałaś(eś) się z warunkami, o których stanowi Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, w tym z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej? Znasz wszelkie prawa i obowiązki wynikające z objęcia Cię Ubezpieczeniem?

Tak

Nie

2 Yes
3 No
4 Mark the above questions with "Yes" in this section

1 DECLARATIONS OF THE INSURANCE SUBSCRIBER

The granting of appropriate consents is voluntary, but necessary for the conclusion of an insurance contract.

Do you confirm that all data you have provided is complete and truthful? In case of concealing data or providing false data, the Insurer is free from liability in accordance with relevant legal regulations.

Do you confirm that you have obtained an oral power of attorney from your spouse, parent, child, including an adult child, confirming the willingness of that person/those persons to subscribe to insurance cover reserved for them? Have those persons also been informed about the sum insured?

- 1. Enrolment form
 - Link to form
 - Personal data and contact details
 - Details
 - Finish
- 2. nDeclaration
 - Access
 - Logging in
 - Personal data validation
 - Data entry
 - Beneficiaries
 - Co-insured
 - Medical survey
 - Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Declarations of the insurance subscriber

1

Czy potwierdzasz, że uzyskałaś(eś) ustne pełnomocnictwo Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka, Dziecka, w tym pełnoletniego, potwierdzające wolę tej osoby/osób skorzystania z zastrzeżonej na jej/ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej? Osoby te zostały również poinformowane o wysokości sum ubezpieczenia?

Tak 2

Nie 3

2 Yes

3 No

Czy zgadzasz się na objęcie Twojego życia i zdrowia ochroną ubezpieczeniową na sumę ubezpieczenia wskazaną w umowie oraz upoważniasz Ubezpieczającego do wyrażania w Twoim imieniu wymaganej zgody na zmianę warunków zastrzeżonej na Twoją rzecz ochrony ubezpieczeniowej, w tym na modyfikację warunków Umowy ubezpieczenia oraz zmianę w wysokości Sum ubezpieczenia i Składek?

Tak

Nie

- 1 Do you agree to cover your life and health with insurance cover for the sum insured indicated in the contract and authorise the Policyholder to give the required consent on your behalf to change the terms and conditions of the insurance cover reserved for you, including modification of the terms and conditions of the insurance policy and change in the amounts of Sum Insured and Premium?

Do you agree that the Insurer may request information from healthcare facilities about circumstances related to insurance risk assessment and verification of the given health data, excluding the results of genetic tests, in order to determine the right to benefit from the concluded insurance policy contract and the amount of this benefit, both during your lifetime and after your death? Your consent extends to the provision of copies of your medical records.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Declarations of the insurance subscriber

1 Z żądaniem przekazania powyższych informacji występuje lekarz upoważniony przez Ubezpieczyciela

Tak **2**

Nie **3**

2 Yes

3 No

Czy zgodzasz się na występowanie przez Ubezpieczyciela, do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego?

Tak

Nie

Czy zgodzasz się na udzielanie Ubezpieczycielowi przez organy rentowe lub inne instytucje odpowiedzialne za ustalenie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego pełnej informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego? Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego.

Tak

Nie

1 The above information shall be requested by a physician authorised by the Insurer

Do you agree that the Insurer may request the National Health Fund (NFZ) to provide data on the names and addresses of providers who have provided health care services in connection with an accident or a random event which is the basis for determining the Insurer's liability and the amount of insurance benefit?

Do you agree that the pension authorities or other institutions responsible for determining the right to social security benefits provide the Insurer with full information about the health of the insured? The consent also extends to the provision of copies of medical records concerning the health of the insured.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Declarations of the insurance subscriber

1 Czy potwierdzasz, że:

- jesteś zainteresowana(y) grupowym ubezpieczeniem na życie,
- jesteś świadoma(y) zakresu grupowego ubezpieczenia na życie, do którego przystępujesz wypełniając niniejszą deklarację,
- zakres, suma ubezpieczenia oraz wysokość składki zawieranego ubezpieczenia odpowiadają Twoim potrzebom i wymaganiom.

Tak 2

Nie 3

✔ Oznacz "Tak" na powyższe pytania w tej sekcji 4

- 1 Do you hereby confirm that:
- you are interested in group life insurance?
 - you are aware of the scope of the group life insurance you are taking out by completing this declaration?
 - the scope, sum insured and the amount of the insurance premium you are enrolling in corresponds to your needs and requirements?
- Mark the above questions with "Yes" in this section

- 2 Yes
- 3 No
- 4 Mark the above questions with "Yes" in this section

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Declarations of the insurance subscriber

1 OŚWIADCZENIA PRZYSTĘPUJĄCEGO DO PROGRAMU ASSISTANCE

Wyrażam zgodę na przystąpienie do programu Assistance i objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. a Chubb European Group Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce. Administratorem danych w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance jest Chubb European Group Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie. Pełna treść obowiązku informacyjnego Chubb European Group Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce znajduje się w załączniku do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Assistance. Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia Assistance. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Ubezpieczyciela drogą elektroniczną przy użyciu udostępnionego przeze mnie numeru telefonu oraz adresu e-mail informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w ramach której zostałem/am objęty/a ochroną.

[^ zwiń](#)

Tak **2**

Nie **3**

2 Yes

3 No

1 DECLARATION OF THE ASSISTANCE PROGRAMME SUBSCRIBERS

I hereby agree to join the Assistance Programme and to be covered by insurance protection under the Group Assistance Insurance Contract concluded between Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A...

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Marketing consents

1 ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

Udzielenie zgód na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

Akceptuję poniższe zgody w tej sekcji **4**

Czy zgadzasz się na przetwarzanie Twojego imienia, nazwiska, płci, daty urodzenia oraz adresu korespondencyjnego w celach marketingowych przez podmioty z Grupy Nationale-Nederlanden?

Tak **2**

Nie **3**

Czy zgadzasz się na otrzymywanie przy wykorzystaniu Twojego numeru telefonu treści marketingowych (SMS, MMS, połączenia przychodzące) od podmiotów z Grupy Nationale-Nederlanden dotyczących oferowanych przez te podmioty produktów lub usług oraz ich działalności?

Tak

Nie

Czy zgadzasz się na otrzymywanie przy wykorzystaniu Twojego adresu e-mail (poczta elektroniczna) treści marketingowych od podmiotów Grupy Nationale-Nederlanden dotyczących oferowanych przez te podmioty produktów lub usług oraz ich działalności?

Tak

Nie

Akceptuję powyższe zgody w tej sekcji **4**

1 CONSENT TO THE PROCESSING OF PERSONAL DATA FOR MARKETING PURPOSES

Granting permission to processing personal data for marketing purposes is voluntary.

Do you agree for the processing of your name, surname, gender, date of birth and mailing address for marketing purposes by entities within the Nationale-Nederlanden Group?

Do you agree to receive marketing content using your telephone number (via SMS, MMS, incoming calls) from entities within the Nationale-Nederlanden Group regarding their products or services as well as their activities?

Do you agree to receive marketing content using your e-mail address (via e-mail) from entities in the Nationale-Nederlanden Group regarding their products or services as well as their activities?

2 Yes

3 No

4 I accept the following agreements in this section

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations



nDeclaration for insurance subscribers

Information on the processing of personal data

1

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Kto jest administratorem moich danych i jak mogę się z nim skontaktować?

Administratorem Twoich danych przetwarzanych w związku z zawartą umową ubezpieczenia jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel 12. Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych – możesz się z nim skontaktować mailowo pod adresem: iod@nn.pl.

Jeśli wyraziłeś nam dobrowolną zgodę, współadministratorami Twoich danych osobowych są podmioty z Grupy Nationale-Nederlanden tj. Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie sp. z o.o., Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Dobrowolny Fundusz Emerytalny, reprezentowany przez Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe S.A. z siedzibami w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12 oraz Notus Finanse S.A. z siedzibą w Warszawie (00-517) przy ul. Marszałkowskiej 76.

[^ zwiń](#)

1

INFORMATION ON THE PROCESSING OF PERSONAL DATA

Who is my data controller and how can I contact them?

The controller of your data processed in connection with the insurance contract is Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. with its registered office in Warsaw, ul. Topiel 12. We have appointed a Data Protection Officer - you can contact them by e-mail at: iod@nn.pl.

If you have granted us your voluntary consent, the co-controllers of your personal data are entities from the Nationale-Nederlanden Group, i.e. Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie sp. z o.o., Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Dobrowolny Fundusz Emerytalny, represented by Nationale-Nederlanden Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe S.A. with its registered office in Warsaw (00-342), ul. Topiel 12, and Notus Finanse S.A. with its registered office in Warsaw (00-517), ul. Marszałkowska 76.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations



nDeclaration for insurance subscribers

Information on the processing of personal data

1

W jakim celu i w jaki sposób przetwarzane są moje dane?

Przetwarzamy Twoje dane w zakresie umożliwiającym nam Twoją identyfikację i realizację poniższych celów:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia procesu likwidacji szkody, co wiąże się z przetwarzaniem danych zawartych w dostarczonej nam przez Ciebie dokumentacji szkodowej, w tym dokumentacji medycznej oraz realizacji procesu reklamacyjnego,
- przepisy prawa nakazują nam dokonać oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy – przetwarzamy więc Twoje dane w tym celu (w tym dane o stanie zdrowia) i robimy to w sposób zautomatyzowany, w ramach profilowania,
- przeciwdziałamy praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – przepisy nakazują nam sprawdzić, czy nie zachodzą okoliczności, które uniemożliwiłyby nam zawarcie umowy z Tobą,
- zapobiegamy przestępstwom ubezpieczeniowym na naszą szkodę – przeciwdziałamy i ścigamy takie przestępstwa, co jest naszym prawnie uzasadnionym interesem,
- posiadamy także prawnie uzasadniony interes w zmniejszaniu ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z zawieranych przez nas umów ubezpieczenia, poprzez reasekurację,
- w naszym prawnie uzasadnionym interesie leży również dochodzenie roszczeń z zawieranych przez nas umów oraz obrona przed kierowanymi przeciwko nam roszczeniami,
- jako administrator danych możemy także przetwarzać Twoje dane w celach marketingowych - prowadzimy działania analityczne z wykorzystaniem Twoich danych oraz dokonujemy profilowania; pozwala nam to lepiej poznać Twoje oczekiwania, ocenić efektywność naszych działań oraz ich jakość,
- kierowania do Ciebie komunikacji marketingowej – w zależności od Twojego wyboru przy udzielaniu nam zgody, będziemy przysyłać Ci maile, sms, mmsy lub kierować do Ciebie przychodzące połączenia głosowe. Komunikacja ta będzie dotyczyła treści marketingowych dotyczących działalności Grupy Nationale-Nederlanden w Polsce, takich jak np. oferty, promocje, będziemy też informować Cię o organizowanych przez nas wydarzeniach czy konkursach.

1

For what purpose and how is my data processed?

We process your data to the extent that it enables us to identify you and to fulfil the following purposes:

- the conclusion and performance of an insurance contract, including the process of loss adjustment, which involves processing of the data contained in the loss documentation provided to us by you, including medical documentation, and the implementation of the complaint process,
- the law requires us to assess your insurance risks before entering into a contract - so we process your data for this purpose (including health data) and do so automatically, as part of profiling,
- we counteract money laundering and terrorist financing - the regulations require us to check if there are any circumstances that would prevent us from concluding a contract with you,
- we prevent insurance crimes to our detriment - we prevent and prosecute such crimes, which is our legitimate interest,
- we also have a legitimate interest in reducing the insurance risks arising from the insurance contracts we conclude, through reinsurance,
- it is also in our legitimate interest to enforce our contracts and to defend ourselves against claims made against us,
- as a data controller we can also process your data for marketing purposes - we carry out analytical activities using your data and perform profiling; this allows us to better understand your expectations, assess the effectiveness of our activities and their quality,
- to direct marketing communications to you, depending on whether you granted your consent thereto, we will send you e-mails, SMS, MMS or direct incoming voice calls to you. This communication will relate to marketing content concerning the activities of the Nationale-Nederlanden Group in Poland, such as, for example, offers, promotions; we will also inform you about events or competitions we organise.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations



nDeclaration for insurance subscribers

Information on the processing of personal data

1 W celu przygotowania dla Ciebie odpowiedniej oferty oraz dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, część decyzji podejmowanych w Twojej sprawie odbywa się w sposób zautomatyzowany – bez interwencji człowieka. Wykorzystujemy w tym celu wszystkie dane podawane nam we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Na podstawie udzielonych nam informacji oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe oraz przygotowujemy ofertę. Stosowane przez nas metody oceny ryzyka podlegają regularnym testom, aby zapewnić ich uczciwość, skuteczność oraz bezstronność. W przypadku otrzymania od nas decyzji podjętej w powyższy sposób przysługuje Ci prawo otrzymania stosownych wyjaśnień co do jej podstaw, wyrażenia swojego stanowiska, zakwestionowania tej decyzji i uzyskania interwencji ludzkiej.

[^ zwiń](#)

Przez jak długo przetwarzane są moje dane?

Przetwarzamy Twoje dane przez okres trwania umowy a po jej zakończeniu przez 10 lat.

Jeśli zostawiłeś/aś nam zgody marketingowe, przetwarzamy Twoje dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Wycofanie zgody nie ma jednak wpływu na legalność naszych działań, które zrealizowaliśmy na podstawie Twojej zgody przed jej wycofaniem

[^ zwiń](#)

1 In order to prepare a suitable offer for you and assess your insurance risk, some of the decisions taken in your case are automated, without human intervention. We use all the data you provide us with in your application to conclude an insurance contract for this purpose. On the basis of the information provided to us, we assess the insurance risk and prepare an offer. Our risk assessment methods are regularly tested to ensure their fairness, effectiveness and impartiality. If we receive a decision thus taken, you have the right to receive an adequate explanation of the grounds on which it is based, to express your position, to challenge the decision and to obtain human intervention.

How long is my data processed for?

We process your data for the duration of the contract and for 10 years after its termination.

If you have granted us your marketing permissions, we process your data from the moment you give your permission until you revoke it. The withdrawal of consent does not, however, affect the legitimacy of our actions carried out on the basis of your consent before it is withdrawn.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations



nDeclaration for insurance subscribers

Information on the processing of personal data

1 Czy moje dane są przekazywane innym podmiotom?

Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (tzw. odbiorcom), aby w sposób prawidłowy realizować umowę i zapewnić odpowiednią organizację naszego przedsiębiorstwa. Odbiorcami tymi są w szczególności dostawcy rozwiązań informatycznych, podmioty wspierające nas w procesie likwidacji szkód oraz windykacji należności, agenci ubezpieczeniowi, zakłady reasurancji, call center. Z każdym z tych podmiotów posiadamy stosowną umowę, w której nakładamy na nie szczególne obowiązki związane z przetwarzaniem Twoich danych – tak, aby były one bezpieczne.

Część z tych podmiotów może mieć siedzibę w kraju położonym poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Przekazujemy wtedy dane na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni poziom ochrony w tych krajach, a w przypadku jej braku – zawieramy tzw. standardowe klauzule umowne, również zaakceptowane przez Komisję Europejską. Masz prawo zgłoszenia dostarczenia Ci tych klauzul – w tym celu skontaktuj się z naszym inspektorem ochrony danych.

[^ zwiń](#)

Jakie mam prawa?

Każdej osobie, której dane dotyczą zapewniamy prawo dostępu do jej danych, żądania ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania. W przypadkach, w których wskazaliśmy nasz prawnie uzasadniony interes jako podstawy dla przetwarzania Twoich danych, możesz wnieść tzw. sprzeciw wobec ich przetwarzania, w tym wobec przetwarzania w celach marketingowych.

Zapewniamy Ci także realizację prawa do otrzymania od nas Twoich danych osobowych, w postaci pliku o powszechnie odczytywanym formacie, który możemy przesłać do innego, wskazanego przez Ciebie administratora danych, albo które możesz przesłać mu samodzielnie. Masz także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

[^ zwiń](#)

1 Is my data transferred to other parties?

We may transfer your data to other parties (the so-called recipients) in order to properly perform the contract and ensure the proper organisation of our company. These recipients are, in particular, suppliers of IT solutions, entities supporting us in the process of loss adjustment and debt collection, insurance agents, reinsurance companies, call centres. We have a relevant agreement with each of these entities, in which we impose detailed obligations related to the processing of your data so that they are secure.

Some of these entities may be established in a country outside the European Economic Area. We then provide the data on the basis of the European Commission's decision stating the appropriate level of protection in those countries, and in the absence of it, we include the so-called standard contractual clauses, also accepted by the European Commission. You have the right to request that these clauses be provided to you – for that purpose, contact our Data Protection Officer.

What rights do I have?

We provide every data subject with the right of access, rectification, erasure and restriction of processing. In cases where we have indicated our legitimate interest as a basis for the processing of your data, you may object to the processing thereof, including processing for marketing purposes.

We also ensure that you exercise your right to receive your personal data from us, in the form of a file in a commonly readable format, which we can send to another data controller you specify, or which you can send to them. You also have the right to lodge a complaint with the data protection supervisory authority, which in Poland is the President of the Personal Data Protection Office (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Sending nDeclaration

Before sending the nDeclaration, you can go back to any step in order to verify or correct data (after you click on **Wyślij deklarację (Send declaration)** this will no longer be possible).

Wysłij deklarację aby zakończyć
Po wysłaniu, nie będzie już możliwości wprowadzania zmian w deklaracji.

Podsumowanie zgłoszenia wyślemy na Twój adres e-mail.

! **Important** When going back to previous steps, previously entered data is saved.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

Once nDeclaration has been sent, you can **download a pdf file with all transferred data**. In addition, the file will be e-mailed to the indicated e-mail address (the file is password-protected in the e-mail with your PESEL or passport/resident card number).

Dziękujemy za wypełnienie deklaracji



Twoje zgłoszenie zostało zarejestrowane pod numerem 0000159756.

Jeszcze dziś na Twój adres e-mail wyślemy podsumowanie zgłoszenia.
Możesz je również pobrać poniżej:

 [Pobierz podsumowanie zgłoszenia](#)

Czy i kiedy przystąpisz do ubezpieczenia?

- Jeżeli nie będzie przeciwwskazań, przystąpisz do polisy od kolejnego okresu rozliczeniowego. Na Twój adres korespondencyjny wyślemy certyfikat potwierdzający objęcie ochroną.
- Jeśli nie będziemy mogli objąć Cię ochroną, lub jeśli będziemy potrzebowali od Ciebie dodatkowych informacji - skontaktujemy się z Tobą w ciągu 4 dni roboczych.

Jak możesz ubezpieczyć najbliższych?

- Jeśli chcesz, możesz ubezpieczyć członków swojej rodziny: małżonka, partnera lub pełnoletnie dziecko.
- W tym celu podaj ich dane poniżej i wyślij zaproszenie do wypełnienia deklaracji.

 [Zaproś członka rodziny do ubezpieczenia](#)



Important

After submitting nDeclaration form, you can add co-insured persons within 90 days.

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data validation

Data entry

Beneficiaries

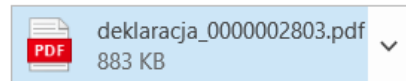
Co-insured

Medical survey

Declarations

2 nDeclaration for insurance subscribers

After correct filing of nDeclaration, **you will receive an e-mail and an SMS confirming the receipt of your application** for group insurance enrolment.



Dziękujemy za złożenie deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego

Dzień dobry Anna,

Otrzymałeś Twoją deklarację przystąpienia do ubezpieczenia w Nationale-Nederlanden. W ciągu **4 dni roboczych** sprawdzimy Twoje zgłoszenie i poinformujemy Cię, co dalej.

W załączeniu przesyłamy **podsumowanie zgłoszenia** z podanymi przez Ciebie danymi. Hasłem do pliku jest Twój numer PESEL (lub numer paszportu / karty pobytu).

W przypadku pytań, skontaktuj się z **naszą infolinią**.

Numer Twojej sprawy poniżej:
0000002803

Pozdrawiamy,
Zespół Ubezpieczeń Grupowych
Nationale-Nederlanden

1. Enrolment form

Link to form

Personal data and
contact details

Details

Finish

2. nDeclaration

Access

Logging in

Personal data
validation

Data entry

Beneficiaries

Co-insured

Medical survey

Declarations



**nationale
nederlanden**