



## Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie

Declaration of joining group life insurance

Formularz należy wypełnić drukowanymi literami, nie wychodząc za linie.  
Please fill out the form in block capitals and make sure not to go beyond the lines.

Nr polisy ubezpieczenia  
Insurance policy no.

Nr podgrupy  
Subgroup no.

### Ubezpieczający Policyholder

Nazwa firmy

Name of company

NIP

NIP (Tax Identification Number)

### Ubezpieczony (proszę o wybranie właściwego typu Ubezpieczonego)

Insured Person (please select a relevant type of the Insured Person)

**Pracownik:**  
Employee:

umowa o pracę  
contract of employment

umowa o współpracę  
cooperation agreement

umowa zlecenie  
contract of mandate

właściciel  
owner

inne  
other

**Małżonek:**  
Spouse:

Data zawarcia związku małżeńskiego  
Date of marriage

D D M M R R R R  
D D M M Y Y Y Y

**Pełnoletnie Dziecko**  
Adult Child

**Partner**  
Partner

Nazwisko

Surname

Imię

Name

Data urodzenia

(obowiązkowa)

Date of birth (obligatory)

D D M M R R R R  
D D M M Y Y Y Y

PESEL

PESEL (Personal  
Identification Number)

(numer paszportu/karty pobytu w przypadku braku PESEL)  
(passport/residence card number in lack of PESEL)

Obywatelstwo

Nationality

polskie  
Polish

inne  
other

Kraj urodzenia

Country of birth

Polska  
Poland

inny  
other

Data zatrudnienia

Date of employment

D D M M R R R R  
D D M M Y Y Y Y

Zawód

wykonywany

Profession practiced



## Adres zamieszkania

Address of residence

Ulica

Street

Nr domu

House no.

Nr mieszkania

Apartment no.

Kod pocztowy

Zip code

Miejscowość

City/town

Kraj

Country

Polska

Poland

inny

other

Nr telefonu

Phone no.

E-mail

## Uposażeni

(osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadkach określonych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia, PESEL jest obligatoryjny)

Beneficiaries (persons entitled to be granted with benefits in cases specified in the General Terms and Conditions of Insurance, PESEL is not obligatory)

W związku z opłacaniem przez Ubezpieczającego składki z tytułu Umowy głównej, wyrażam zgodę na wyznaczenie przez Ubezpieczającego Uposażonych podstawowych. Uposażeni podstawowi to osoby uprawnione zgodnie z art. 93 Kodeksu pracy do otrzymania odprawy pośmiertnej w kwocie wynikającej z art. 93 § 4 i 5 Kodeksu Pracy. Na warunkach opisanych w Umowie ubezpieczenia osoby te będą uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia w wysokości kwoty odprawy pośmiertnej nie wyższego jednak niż suma ubezpieczenia z Umowy głównej, w części odpowiadającej składce opłacanej przez Ubezpieczającego. Jednocześnie upoważniam Ubezpieczającego do przekazania Nationale-Nederlanden danych Uposażonych podstawowych wraz z podaniem wysokości należnego im świadczenia.

With regard to the payment of the premium by the Policyholder under the Main Contract, I hereby consent that the Policyholder shall appoint the Basic Beneficiaries. The Basic Beneficiaries are persons entitled, pursuant to Article 93 of the Labour Code, to receive a death benefit in the amount stemming from Article 93 § 4 and 5 of the Labour Code. Under the conditions described in the Insurance Contract, these persons shall be vested in a right to receive benefits under the Insurance Contract in the amount of the death benefit, however, not higher than the sum insured under the Main Contract, in the proportion corresponding to the premium paid by the Policyholder. At the same time, I hereby authorise the Policyholder to provide Nationale-Nederlanden with the basic data of the Beneficiaries, including the amount of the benefit due to them.

Jako Uposażonego/Uposażonych dodatkowych do otrzymania części świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia pozostałej po zaspokojeniu roszczeń Uposażonych podstawowych, o których mowa powyżej, wyznaczam Uposażonych wskazanych poniżej.

I hereby designate the Beneficiaries named below to be the Beneficiary/Beneficiaries that shall receive the part of the benefit under the Insurance Contract remaining after having satisfied the claims of the Basic Beneficiaries referred to above.

Uposażony 1

Beneficiary 1

Udział

Share

%

Nazwisko

Surname

Imię

Name

PESEL

PESEL (Personal Identification Number)

(numer paszportu/karty pobytu w przypadku braku PESEL)  
(passport/residence card number in lack of PESEL)

Data urodzenia

(obowiązkowa)

Date of birth

(obligatory)

D D M M R R R R  
D D M M Y Y Y Y

## Adres korespondencyjny

Correspondence address

Ulica

Street

Nr domu

House no.

Nr mieszkania

Apartment no.

Kod pocztowy

Zip code

Miejscowość

City/town

Kraj

Country

Polska

Poland

inny

other

Obywatelstwo

Nationality

polskie

Polish

inne

other

Państwo urodzenia

Country of birth

Polska

Poland

inny

other



**Uposażony 2**  
Beneficiary 2

Udział  
Share %

Nazwisko  
Surname

Imię  
Name

PESEL  
PESEL (Personal  
Identification Number)

(numer paszportu/karty pobytu w przypadku braku PESEL)  
(passport/residence card number in lack of PESEL)

Data urodzenia  
(obowiązkowa)

Date of birth  
(obligatory)

D D M M R R R R  
D D M M Y Y Y Y

**Adres korespondencyjny**  
Correspondence address

Ulica  
Street

Nr domu  
House no.

Nr mieszkania  
Apartment no.

Kod pocztowy  
Zip code

Miejscowość  
City/town

Kraj  
Country

Polska Poland  
 inny other

Obywatelstwo  
Nationality

polskie Polish  
 inne other

Państwo urodzenia  
Country of birth

Polska Poland  
 inny other

**Dane Pracownika, przy którym przystępuje Współubezpieczony** (wypełnia Małżonek, Partner lub Pełnoletnie Dziecko)

Date of the Employee for whom the Co-Insured Person joins insurance (to be filled out by the Spouse, Partner or Adult Child)

Nazwisko  
Surname

Imię  
Name

PESEL  
PESEL (Personal  
Identification Number)

**Oświadczenie o związku pozamałżeńskim** Declaration of non-marital relationship

Ja niżej podpisany Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią  
I, the undersigned, declare that I have been with Mr./Ms.

Nazwisko Partnera  
Partner's surname

Imię Partnera  
Partner's name

PESEL  
PESEL (Personal  
Identification Number)

w związku pozamałżeńskim od dnia:  
in a non-marital relationship since:

D D M M R R R R  
D D M M Y Y Y Y



## Oświadczenie Declaration

Niniejszym zgłaszam swoje przystąpienie do ubezpieczenia i oświadczam, że:  
I hereby declare my taking out insurance cover and that:

- w dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, hospicjum domowym, placówce dla przewlekle chorych oraz nigdy nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy, niepełnosprawności, renty, świadczenia rehabilitacyjnego.  
on the day of taking out this insurance acceptance form, I am not on a sick leave, in hospital, hospice, home hospice, institution for chronically sick patients, and I have never been recognized as being incapable of work, disabled, as well as that I do not obtain disability pension or rehabilitation benefit.  
(jeśli zachodzi któraś z wymienionych w podpunkcie sytuacji proszę wskazać z tytułu jakiej choroby i w jakim czasie)  
(if any of the situations listed above occurs, please indicate the disease and the time of its occurrence)

Podpis Signature

- wszelkie podane przeze mnie dane są kompletne i zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) wolne jest od odpowiedzialności zgodnie z odpowiednim przepisami prawa,  
All the data I provide is complete and true. In the case of concealing or providing false data, Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (hereinafter referred to as the “Insurance Company”) is free from liability in accordance with the applicable law,
- otrzymałam(em) oraz zapoznałam(em) 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. Są mi znane wszelkie prawa i obowiązki wynikające z objęcia mnie Ubezpieczaniem,  
I have received and familiarized myself with the terms and conditions of the Insurance Agreement between the Policyholder and the Insurance Company, including, either, the General Terms and Conditions of Insurance, the scope of insurance coverage, and the amounts of the sums insured before agreeing to provide insurance coverage and before agreeing to the financing of the cost of the insurance premium. I am familiar with all rights and obligations arising from the Insurance coverage,
- uzyskałam(em) 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.  
I have obtained an oral power of attorney from the Spouse, Parent, Spouse's Parent, Child, including an adult child, confirming the will of this person/these persons to use the insurance coverage reserved for their benefit. These persons have also been informed of the amounts of the sums insured.

Wyrażam zgodę na: (W przypadku wyrażenia zgody, w miejscu  prosimy o wstawienie symbolu „X”)

I hereby express my consent to: (If consent has been granted, please insert “X” in ).

- objęcie mojego życia i zdrowia ochroną ubezpieczeniową na sumę ubezpieczenia wskazaną w umowie oraz upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu wymaganej zgody na zmianę warunków zastrzeżonej na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej, w tym na modyfikację warunków Umowy ubezpieczenia oraz zmianę w wysokości Sum ubezpieczenia i Składki,  
taking out insurance cover for my life and health for the insured insurance sum set forth in the agreement and I hereby authorize the Policyholder to express the required consent on my behalf to change the terms of insurance cover reserved for me, including to modify the terms of the Insurance Agreement and modify the Insurance sums and the Insurance Premium,
- występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń zdrowotnych, o udzielenie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikację podanych danych o stanie zdrowia, w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, zarówno za mojego życia, jak i po mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia. Z żądaniem przekazania powyższych informacji występuje lekarz upoważniony przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12.  
the authorization of Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., with its registered office in Warsaw, at ul. Topiel 12 to request entities carrying out medical activities, which have provided me with health care services, to provide information on circumstances related to insurance risk assessment and verification of health data provided, in order to determine the right to benefit from the concluded insurance agreement and the amount of that benefit, both during my life and after my death, excluding the results of genetic tests. This consent comprises also the release of copies of medical records pertaining to my health condition. The request for the above information is submitted by a doctor authorized by Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., with its registered office in Warsaw, ul. Topiel 12.
- występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.  
filing a request by Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., with its registered office in Warsaw at ul. Topiel 12, with the National Health Fund to submit data with the names and addresses of health care providers who have provided health care services in connection with an accident or a fortuitous event, which is the basis for determining the liability of Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., with its registered office in Warsaw at ul. Topiel 12, and the amount of insurance coverage.
- udzielenie Nationale-Nederlanden Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, przez organy rentowe lub inne instytucje odpowiedzialne za ustalanie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego pełnej informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego. Wyrażona zgoda obejmuje także udostępnianie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego.  
the provision of complete information on the insured person's health condition by the pension authorities or other institutions in charge of determining the right to social security benefits to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., with the registered office in Warsaw at ul. Topiel 12. The above consent also includes access to copies of medical records concerning the insured person's health condition.

## Assistance na wypadek nowotworu Assistance in the event of cancer

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 AWP P&C S.A. Oddział w Polsce.

I agree to join the Assistance program and be covered by insurance cover under the Group Assistance Insurance Agreement concluded between Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. and AWP P&C S.A. Branch in Poland.

Administratorem danych w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance jest AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie. Pełna treść obowiązku informacyjnego AWP P&C S.A. Oddział w Polsce znajduje się w Polityce Prywatności do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego (CCB)/Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Małżonka (SCCB). Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałam/am i zapoznałam/am się z Polityce Prywatności do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego (CCB)/Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Małżonka (SCCB) oraz Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia Assistance do Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Ubezpieczonego/Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu Małżonka.

AWP P&C S.A. Branch in Poland with its registered office in Warsaw is the data controller under the Group Assistance Insurance Agreement. The full content of the information obligation of AWP P&C S.A. Branch in Poland can be found in the Privacy Policy to the Additional agreement in the event of cancer of the Insured Person (CCB)/Additional agreement in the event of Spouse's cancer (SCCB). I declare that before I signed this application, I had received and familiarized myself with the Policy Privacy to the Additional agreement in the event of cancer of the Insured Person (CCB)/Additional agreement in the event of Spouse's cancer (SCCB) as well as the General Terms and Conditions of Group Assistance Insurance to the Additional agreement in the event of cancer of the Insured Person/Additional agreement in the event of Spouse's cancer.

## Ubezpieczenie Teleopieki Kardiologicznej Insurance of Cardiological Telecare

Wyrażam zgodę na przystąpienie do programu Assistance i objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Teleopieki Kardiologicznej zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. a AGA International S.A. Oddział w Polsce.

I agree to join the Assistance program and be covered by insurance cover under the Cardiological Telecare Group Insurance Agreement concluded between Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. and AGA International S.A. Branch in Poland.

Administratorem danych w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance jest AGA International S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie oraz TELEMEDYCYNĘ POLSKĄ S.A. z siedzibą w Katowicach. Pełna treść obowiązku informacyjnego AGA International S.A. Oddział w Polsce oraz TELEMEDYCYNĘ POLSKĄ S.A. znajduje się w Regulaminie Programu Teleopieki Kardiologicznej. AGA International S.A. Branch in Poland with its registered office in Warsaw as well as TELEMEDYCYNĘ POLSKĄ S.A. with its registered office in Katowice are data controllers under the Group Assistance Insurance Agreement. The full content of the information obligation of AGA International S.A. Branch in Poland as well as TELEMEDYCYNĘ POLSKĄ S.A. can be found in the Regulations of the Cardiological Telecare Program.

Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałam/am i zapoznałam/am się z Regulaminem Programu Teleopieki Kardiologicznej oraz Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Teleopieki Kardiologicznej.

I declare that before I signed this application, I had received and familiarized myself with the Regulations of the Cardiological Telecare Program as well as the General Terms and Conditions of Group Cardiological Telecare Insurance.



## Program assistance „Pandemia pod kontrolą” “Pandemic Under Control” assistance scheme

Wybieram zakres świadczeń:  podstawowy  rozszerzony  
I select the coverage of benefits:  basic  extended

Wybierając zakres świadczeń wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance „Pandemia pod kontrolą” zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. a Europ Assistance S.A.

By selecting the coverage of benefits, I hereby consent to being covered by insurance under the Group Insurance Assistance Contract “Pandemic Under Control” concluded between Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. and Europ Assistance S.A.

Administratorem danych w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance „Pandemia pod kontrolą” jest Europ Assistance S.A. z siedzibą we Francji, 1 Promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers. Pełna treść obowiązku informacyjnego Europ Assistance S.A. znajduje się w załączniku do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Assistance „Pandemia pod kontrolą”.  
The data controller under the Group Insurance Assistance Contract “Pandemic Under Control” is Europ Assistance S.A. domiciled in France, 1 Promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers. Full text of the information obligation of Europ Assistance S.A. is included in the appendix to the General Terms and Conditions of the Group Assistance Insurance “Pandemic Under Control”.

Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Assistance „Pandemia pod kontrolą” oraz Regulaminem Programu „Pandemia pod kontrolą”.  
I hereby declare that before signing this application, I have received and read the General Terms and Conditions of the Group Assistance Insurance “Pandemic Under Control” and the Regulations of the “Pandemic Under Control” Scheme.

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 objęty ochroną.  
I hereby consent that the Insurer shall provide me with information on matters related to the performance of the insurance contract under which I have been covered, to the phone number and e-mail address provided by me.

Wyrażam zgodę na przekazanie do Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. mojej deklaracji przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance „Pandemia pod kontrolą” zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. a Europ Assistance S.A. przez Ubezpieczającego z Umowy ubezpieczenia zawartej z Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

I hereby consent that Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. shall transfer my declaration of joining the Group Insurance Assistance Contract “Pandemic Under Control” concluded between Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. and Europ Assistance S.A. by the Policyholder under the Insurance Contract concluded with Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Wyrażam zgodę na pobieranie przez Ubezpieczającego i przekazywanie do Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. składki na pokrycie kosztów mojej ochrony w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance „Pandemia pod kontrolą” świadczonej przez Europ Assistance S.A.

I hereby consent that the Policyholder shall collect and transfer to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. premiums to cover the costs of my insurance under the Group Insurance Assistance Contract “Pandemic Under Control” provided by Europ Assistance S.A.

Ubezpieczony  TAK  NIE  
Insured Person YES NO

## Program Assistance Assistance program

Wybieram wariant ubezpieczenia:  Top  Light  
I choose the insurance option:  top  light

Wybierając wariant wyrażam zgodę na 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.  
I agree to join the Assistance program and be covered by insurance cover under the Group Assistance Insurance Agreement concluded between Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. and Chubb European Group Limited Sp. z o.o. Branch in Poland.

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.  
Chubb European Group Limited Sp. z o.o. Branch in Poland with its registered office in Warsaw is the data controller under the Group Assistance Insurance Agreement. The full content of the information obligation of Chubb European Group Limited Sp. z o.o. Branch in Poland can be found in an appendix to the General Terms and Conditions of Group Assistance Insurance.

Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia Assistance oraz Regulaminem Programu Assistance.  
I declare that before I signed this application, I had received and familiarized myself with the General Terms and Conditions of Group Assistance Insurance.

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 objęty ochroną.  
I agree to receive information related to matters connected with the performance of the insurance agreement, under which I have been covered with insurance, from the Insurance Company by electronic means using the phone number and e-mail address provided by me.

Wyrażam zgodę na przekazanie do Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. mojej deklaracji przystąpienia do 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 przez Ubezpieczającego z Umowy ubezpieczenia zawartej z Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

I hereby consent that Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. shall transfer my declaration of joining the Group Insurance Assistance Contract concluded between Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. and Chubb European Group Limited Sp. z o.o. by the Policyholder under the Insurance Contract concluded with Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Wyrażam zgodę na pobieranie przez Ubezpieczającego i przekazywanie do Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. składki na pokrycie kosztów mojej ochrony w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance świadczonej przez Chubb European Group Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce.

I hereby consent that the Policyholder shall collect and transfer to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. premiums to cover the costs of my insurance under the Group Insurance Assistance provided by Chubb European Group Limited Sp. z o.o.

Ubezpieczony  TAK  NIE  
Insured Person YES NO

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych Consent to processing of personal data for marketing purposes

Chcemy być bliżej Ciebie!  
We want to be closer to you!

W wielu sytuacjach życiowych możesz mieć różne potrzeby. Pozwól, że otoczmy Cię wszechstronną opieką! Przygotujemy dla Ciebie propozycje ubezpieczenia. Podpowiemy, jak dbać o zdrowie. Doradzimy.

Interesujące, prawda?

In numerous life situations, you may have different needs. Let us offer you our comprehensive care! We will draft insurance proposals for you. We will give you hints how to take care of your health. We will give you advice Interesting, isn't it?

Zgadzam się na kontakt – chcę otrzymywać propozycje NN:

I express my consent to be contacted by your representative - I want to receive NN proposals.

Ubezpieczony  Tak  Nie  telefonicznie  
Insured Yes No via phone

Ubezpieczony  Tak  Nie  elektronicznie (SMS, e-mail, w serwisie i aplikacji NN)  
Insured Yes No Electronically (SMS, e-mail, on the Website and via NN app)



Wzrost \_\_\_\_\_ cm      waga \_\_\_\_\_ kg  
 Height \_\_\_\_\_ weight

- |   | TAK<br>Yes               | NIE<br>No                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Ciebie, chorowałeś/eś, byłeś/eś leczona/ny, zasięgałeś/eś porady lekarskiej, miałeś/eś lub masz wskazania lekarskie do diagnostyki lub masz zamiar poddać się badaniom w kierunku jakiegokolwiek z niżej wymienionych chorób:<br/> <small>Have you ever been diagnosed with, been ill with, been treated for, sought medical advice from, had or have a medical recommendation to be diagnosed for, or are about to undergo testing for any of the following diseases</small></p>   |                          |                          |
| <p>a) rak (nowotwór złośliwy), guz, białaczka, przewlekłe zapalenie trzustki, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Crohna, choroba wrzodowa żołądka, marskość wątroby, wirusowe zapalenie wątroby typu B, C, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), astma leczona sterydami doustnymi<br/> <small>cancer (malignant neoplasm), tumour, leukaemia, chronic pancreatitis, ulcerative colitis, Crohn's disease, chronic gastric ulcer disease, cirrhosis of the liver, hepatitis B, C, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), asthma treated by means of oral steroids</small><br/>                     Prosimy o podanie szczegółowych informacji (nazwa choroby, data rozpoznania, leczenie, przyczyna, dawkowanie leku) oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej:<br/> <small>Please provide detailed information (disease name, date of diagnosis, treatment, cause, drug dosage) and attach a copy of your medical records:</small></p> <p>_____</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>b) zawał serca, choroba wieńcowa (choroba niedokrwienności serca), kardiomiopatia, wady zastawek serca, udar mózgu/ wylew krwi do mózgu, przewlekłe zapalenie nerek, wskazania do przeszczepu, przeszczep narządu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby tarczycy<br/> <small>myocardial infarction, coronary artery disease (ischemic heart disease), cardiomyopathy, heart valve defects, brain stroke/brain haemorrhage, chronic kidney disease, indications for transplantation, organ transplantation, hypertension, diabetes, thyroid disease</small><br/>                     Prosimy o podanie szczegółowych informacji (nazwa choroby, data rozpoznania, leczenie, przyczyna, dawkowanie leku) oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej:<br/> <small>Please provide specific information (disease name, date of diagnosis, treatment, cause, drug dosage) and attach a copy of your medical records:</small></p> <p>_____</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>c) niedowład, stwardnienie rozsiane (SM), zaburzenia psychiczne, uzależnienie od alkoholu lub innych substancji odurzających, HIV/AIDS, choroby siatkówki, nerwu wzrokowego, jaskra, padaczka, choroby kręgosłupa, choroby stawów<br/> <small>paresis, multiple sclerosis (MS), mental disorders, addiction to alcohol or other intoxicating substances, HIV/AIDS, diseases of retina, optic nerve, glaucoma, epilepsy, spinal diseases, diseases of joints</small><br/>                     Prosimy o podanie szczegółowych informacji (nazwa choroby, data rozpoznania, leczenie, przyczyna, dawkowanie leku) oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej:<br/> <small>Please provide specific information (disease name, date of diagnosis, treatment, cause, drug dosage) and attach a copy of your medical records:</small></p> <p>_____</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat, byłeś/leś leczona/y szpitalnie, operowana/y lub zlecono Ci leczenie szpitalne?<br/>                     (z wyłączeniem: urazów/ złamań kończyn, operacji wyrostka robaczkowego/pęcherzyka żółciowego, ciąży, porodu, połogu).<br/> <small>Have you been treated in hospital, undergone surgery or been assigned hospital treatment over the last 5 years? (excluding: injuries/fractures of extremities, appendix/gall bladder surgery, pregnancy, labour, postpartum period).</small><br/>                     Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie dokumentacji, kopii karty wypisu ze szpitala wraz z wynikiem badania histopatologicznego (jeżeli było wykonywane). Prosimy o podanie jakie to było badanie oraz kiedy.<br/> <small>Please provide detailed information and attach documentation, a copy of hospital discharge certificate along with the results of histopathological examination (if conducted). Please specify what kind of examination it was and when it took place.</small></p> <p>_____</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3. Czy w ciągu ostatnich 5 lat lekarz zlecił Ci dalszą diagnostykę lub leczenie po wykonaniu przez Ciebie następujących badań: rezonans magnetyczny (MRI), tomografia komputerowa (TK), kolonoskopia, endoskopia, angiografia, biopsja, USG, mammografia, RTG, USG, EKG?<br/> <small>Have you been treated in hospital, undergone surgery or been assigned hospital treatment in the last 5 years? (excluding: injuries/fractures of extremities, appendix/gall bladder surgery, pregnancy, labour, postnatal period).</small><br/>                     Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.<br/> <small>Please provide specific information and attach documentation, a copy of hospital discharge certificate along with the results of histopathological examination (if any). Please specify what kind of examination it was and when it took place.</small></p> <p>_____</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Czy w ciągu ostatnich 2 lat przebywałeś/eś na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni?<br/>                     (z wyłączeniem: ciąży, złamań i skręceń kończyn dolnych i górnych, opieki nad dzieckiem).<br/> <small>Have you been on sick leave longer than 30 days in the last 2 years? (excluding: pregnancy, fractures and sprains of lower and upper, child care).</small><br/>                     Prosimy podaj powód.<br/> <small>Please specify the reason.</small></p> <p>_____</p>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5. Czy kiedykolwiek ubiegałeś/eś się o przyznanie lub obecnie masz orzeczoną rentę inwalidzką, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o niepełnosprawności, świadczenie rehabilitacyjne?<br/> <small>Have you ever applied for or do you currently obtain a disability pension, certificate of inability to work, certificate of disability or rehabilitation benefit?</small><br/>                     Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie dokumentacji medycznej.<br/> <small>Please provide detailed information and attach medical records.</small></p> <p>_____</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Oświadczenie Ubezpiezonego i Ubezpieczającego Declaration of the Insured Person and the Policyholder

Oświadczam, że Pracownik przystępujący do ubezpieczenia jest zatrudniony w podmiocie, który reprezentuję. W przypadku zatrudnienia w oparciu o umowę zlecenie lub umowę o współpracy, poświadczam, że stosunek prawny trwa od co najmniej 6 miesięcy (warunek 6 miesięcy nie dotyczy osób, które wypełnią ankietę medyczną), osoba w nim pozostająca świadczy pracę osobiście i otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie (oświadczenie o zatrudnieniu nie dotyczy Małżonka, Partnera, pełnoletniego Dziecka).

I declare that the Employee taking out the insurance cover is employed in the entity I represent. In the case of employment based on a contract of mandate or a cooperation agreement, I certify that the legal relationship has lasted for at least 6 months (the 6-month-requirement does not apply to persons who have completed the medical questionnaire), the person employed on the foregoing basis performs work by themselves and receives remuneration on this account (the employment certificate does not apply to the Spouse, Partner, adult Child).

Poświadczam, że osoba przystępująca do ubezpieczenia posiadała wcześniej Ubezpieczenie Grupowe.  
I certify that the person taking out this insurance enjoyed previously Group Insurance.

TAK  
Yes

NIE  
No

Data rozpoczęcia  
Start date

D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Data zakończenia ochrony  
Insurance end date

D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

- Potwierdzam, że jestem zainteresowany grupowym ubezpieczeniem na życie.  
I confirm that I am interested in group life insurance.
- Potwierdzam, że jestem świadomy zakresu grupowego ubezpieczenia na życie, do którego przystępuję wypełniając niniejszą deklarację.  
I confirm that I am aware of the scope of group life insurance contract that I am entering into by completing this declaration.
- Potwierdzam, że zakres, suma ubezpieczenia oraz wysokość składki zawierane ubezpieczenia odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.  
I confirm that the scope, the sum insured, and the insurance premium amount correspond to my needs and requirements.

### Ubezpieczający/Uprawniony przez Pracodawcę

Policyholder/Person Authorized by the Employer

Imię i nazwisko (czytelny podpis)  
Name and surname (legible signature)

Wzór podpisu<sup>1</sup>  
Specimen signature<sup>1</sup>

Data  
Date

D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

### Ubezpieczony

Insured Person

Imię i nazwisko (czytelny podpis)  
Name and surname (legible signature)

Wzór podpisu<sup>2</sup>  
Specimen signature<sup>2</sup>

Data<sup>3</sup>  
Date<sup>3</sup>

D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

<sup>1</sup> dotyczy Ubezpieczającego, <sup>2</sup> dotyczy Ubezpiezonego, podpisu tego należy używać we wszystkich dokumentach kierowanych do Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.,  
<sup>3</sup> Dokument jest ważny przez 3 miesiące od daty jego podpisania.

<sup>1</sup> applicable to the Policyholder, <sup>2</sup> applicable to the Insured Person; this signature should be used in each and every document addressed to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.,  
<sup>3</sup> The document is valid for 3 months of its signing.



### Kto jest administratorem Twoich danych i jak się z nim skontaktować? Who is the Controller of your personal data and how to get in touch with them?

Administratorem Twoich danych oraz wskazanych przez Ciebie osób objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z zawartą umową ubezpieczenia jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel 12. Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., with its registered office in Warsaw, at ul. Topiel 12, is the Controller of your personal data and the data of persons you have designated to be protected by the insurance cover under the insurance agreement signed.

Jeżeli udzieliłeś nam zgody na przetwarzanie danych w celu otrzymywania treści marketingowych, współadministratorami Twojego adresu e-mail oraz numeru telefonu są podmioty z Grupy Nationale-Nederlanden tj. Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Nationale-Nederlanden Powszechnie Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Dobrowolny Fundusz Emerytalny, reprezentowany przez Nationale-Nederlanden Powszechnie Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., NN Investment Partners Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. z siedzibami w Warszawie przy ul. Topiel 12 oraz Notus Finanse S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 76. Ciągłe się rozwijamy, więc nasza grupa może się powiększyć o nowe spółki. One też będą zabezpieczać Twoje zdrowie, życie, majątek czy finanse, dlatego staną się współadministratorami Twoich danych. O każdej z nich poinformujemy Cię e-mailem lub SMS-em.

If you have given us your consent to process your data in order to receive marketing content, the joint Controllers of your e-mail address and phone number are entities that are members of the Nationale-Nederlanden Group, i.e. Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Nationale-Nederlanden Powszechnie Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Dobrowolny Fundusz Emerytalny represented by Nationale-Nederlanden Powszechnie Towarzystwo Emerytalne S.A., Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., NN Investment Partners Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. with its registered office in Warsaw at ul. Topiel 12 and Notus Finanse S.A. with its registered office in Warsaw at ul. Marszałkowska 76. We are constantly growing, so our Group may expand, as a result of new companies added. They will also take measures to protect your health, life, property or finances, so they will become joint Controllers of your data. We will keep you informed about each new joint Controller via email or SMS.

Wyznaczaliśmy inspektora ochrony danych – możesz się z nim skontaktować mailowo pod adresem: [iod@nn.pl](mailto:iod@nn.pl). We have appointed a Data Protection Officer - please feel free to contact him by email at: [iod@nn.pl](mailto:iod@nn.pl).

### Po co nam Twoje dane Why do we need your data

Przetwarzamy Twoje dane oraz wskazanej przez Ciebie osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, w zakresie umożliwiającym nam Twoją identyfikację i realizację poniższych celów:  
We process your data and data of the person you designated for insurance cover to the extent enabling us to identify you and to attain following objectives:

- 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
- przepisów 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 zmniejszeniu 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, oceniać efektywność naszych działań oraz ich jakość.
- to enter and perform the insurance contract, including the loss adjustment process, which involves data processing included in the claims documentation provided by you, including medical records and the handling of complaint process
- under the applicable laws we have to assess your insurance risk before entering into a contract - so we process your data for this purpose (including health condition data) and we do so automatically, using a profiling process,
- we prevent money laundering and terrorist financing - regulations require us to check for circumstances that would prevent us from entering into a contract with you,
- we prevent insurance crime against us - the prevention and prosecution of such crime is our legitimate interest,
- we also have a legitimate interest in mitigation of insurance risks under insurance contracts in our portfolio through reinsurance,
- It is also in our legitimate interest to assert and defend against claims brought under the contracts concluded by us,
- acting in the capacity of Data Controller we may also process your data for marketing purposes - we run analytical activities using your data and perform profiling; this allows us to better understand your expectations, assess the effectiveness of our actions and their quality.

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, jakie podajesz człowiekowi. Na podstawie udzielonych nam informacji oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe oraz przygotowujemy dla Ciebie 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.

In order to develop an appropriate offer for you and assess the insurance risk, some decisions taken in your case are taken in an automated manner – with no human intervention. To this end, we use all data that you provide to us in the application for conclusion of an insurance contract. Based on 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. Should you receive from us the decision taken in the manner referred to hereinabove, you will have the right to receive relevant explanations regarding its grounds, express your opinion, question this decision and obtain human intervention.

Możesz także wyrazić nam zgodę na otrzymywanie od nas treści marketingowych dotyczących działalności Grupy Nationale-Nederlanden w Polsce. W zależności od Twojego wyboru przy udzielaniu nam zgody, będziemy przysyłać Ci maile, sms, mmsy lub kierować do Ciebie przychodzące połączenia głosowe. Chcemy być dla Ciebie partnerem i kibicować Ci w ważnych dla Ciebie momentach – dlatego:

- You may also agree to receive marketing materials from us related to the Nationale-Nederlanden Group's activities in Poland. Depending on your choice when giving us your consent, we will send you e-mails, sms, mms or direct incoming voice calls to you. We want to be your Partner and to cheer you on the moments of your life that are key to you and therefore:
- wyślemy Ci kartkę z życzeniami urodzinowymi czy gratulacjami z okazji narodzin dziecka. Małe gesty są dla nas bardzo ważne!
  - będziemy informować Cię także o sprawach, które dotyczą nas: o tym, co robimy, jak wspieramy naszych klientów i jak nas oni oceniają. Nasza misja to nie tylko ubezpieczenia i finanse, ale też profilaktyka zdrowotna. To oznacza, że pomagamy innym dbać o zdrowie: udostępniamy poradniki i informujemy o akcjach, w które się angażujemy, aby promować wiedzę o zdrowiu. Są to np. kampanie społeczne, konkursy czy promocje. To sprawy i wydarzenia, które mogą być ważne także dla Ciebie. Chcemy też Cię do nich zapraszać.
  - send you a card to wish you a happy birthday or congratulate you on the birth of your child. Small gestures are very important to us!
  - We will also keep you informed about things that affect us: what we do, how we support our customers and how they evaluate us. Our mission is not only insurance and finance, but also preventive health care. This means that we help others to take care of their health: we provide guides and information about the actions we are involved in to promote health education. These include social campaigns, contests or promotions. These are issues and events that may be important to you as well. We also want to invite you to join them.

Skontaktujemy się z Tobą tak, jak chcesz. Wolisz porozmawiać przez telefon? Zadzwonimy. Wolisz dostawać e-maile, SMS-y albo powiadomienia w naszym serwisie lub w aplikacji? Informacje prześlemy Ci elektronicznie.

We will contact you as you wish. Would you rather talk on the phone? We will call you up. Do you prefer to receive emails, text messages or notifications on our website or app? We will send you the requested information electronically.

### Przez jak długo przetwarzane są Twoje dane How long your data is my data processed?

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

Zgoda na kontakt, której nam udzielasz, jest dobrowolna. To oznacza, że nie jest ona warunkiem naszej współpracy i nie wpływa na to, jak realizujemy umowy, które z Tobą zawarliśmy. Poza tym, w każdym czasie możesz ją wycofać. Twoje dane przetwarzamy od chwili, w której dostajemy na to Twoją zgodę, do chwili, w której ją wycofujesz. Pamiętaj jednak, że do czasu wycofania zgody wszystkie informacje przekazywaliśmy Ci zgodnie z prawem.

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

The consent you give us to contact you is voluntary. This means that it is not a condition of our relationship and does not affect how we perform the agreements we have with you. Besides, you may withdraw your consent any time. We process your data from the moment we receive your consent until you withdraw it. However, please note that until you have withdrawn your consent, we lawfully shared all information with you.





## Kiedy możemy przekazywać dane innym podmiotom When we may share your data with others

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 reasekuracji, call center, agencje. Z każdym z tych podmiotów posiadamy stosowną umowę, w której nakładamy na nie szczegółowe obowiązki związane z przetwarzaniem Twoich danych – tak, aby były one bezpieczne.

We may pass on your data to other parties (so-called recipients) in order to properly perform the contract and to ensure the proper organization of our company. Data recipients are in particular suppliers of IT solutions, entities supporting us in the process of loss adjustment and debt recovery, insurance agents, reinsurance companies, call centres, agencies. We have a contract with each of these entities where we impose obligations on them specified in minute detail with regard to your data processing - to make sure that your data is secure.

Część z tych podmiotów może mieć siedzibę w kraju poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Przekazujemy wtedy dane na podstawie decyzji Komisji Europejskiej, która stwierdza, że dane będą odpowiednio chronione. A gdy jej nie ma – zawieramy tzw. standardowe klauzule umowne zaakceptowane przez Komisję Europejską. Jeśli chcesz otrzymać kopię tych klauzul, napisz do nas na: [iod@nn.pl](mailto:iod@nn.pl).

Some of these entities may be based in a country outside the European Economic Area. We then transfer the data based on a the European Commission decision to the extent that data should be protected adequately. And when it does not exist - we conclude the so-called standard contractual clauses accepted by the European Commission. If you want to get a copy of these clauses, please write at: [iod@nn.pl](mailto:iod@nn.pl).

## Jakie masz prawa? What are your rights?

Jako osoba, której dane dotyczą, masz prawo:

As a data subject, you have the right to:

- dostępu do swoich danych oraz możesz zażądać, żebyśmy je sprostowali, np. jeśli okaże się, że jest w nich błąd, lub gdy zmienisz numer telefonu czy adres,
- być zapomnianym – możesz więc zażądać, abyśmy usunęli Twoje dane,
- żądania, abyśmy ograniczyli ich przetwarzanie,
- otrzymać od nas swoje dane osobowe – przekazemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Tobie lub innemu administratorowi danych, którego wskażesz,
- tam, gdzie wskazaliśmy nasz prawnie uzasadniony interes jako podstawę przetwarzania Twoich danych, możesz wnieść tzw. sprzeciw wobec ich przetwarzania, np. celach marketingowych,
- wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- access your information and you can request that we correct your information, e.g. if we discover an error, or if you change your phone number or address,
- be forgotten - so you can request that we delete your data,
- request that we restrict your data processing,
- receive your personal data from us - we will transfer it in a commonly readable format (e.g. PDF) to you or to another data controller you designate,
- where we have indicated our legitimate interest as the grounds for processing your data, you may object to the processing, e.g. for marketing purposes,
- lodge a complaint with the supervisory authority that deals with personal data protection. In Poland it is the President of the Office of Personal Data Protection.

