



## Twoje dane – Ubezpieczonego

Podaj swoje dane

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

 -  - 

(obowiązkowa w przypadku braku PESEL)

D D M M R R R R

PESEL

(numer paszportu/karty pobytu w przypadku braku PESEL)

Obywatelstwo

polskie  inne

Kraj urodzenia

Polska  inny

### Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Polska  inny

### Dane kontaktowe

Nr telefonu

E-mail

### Szybka komunikacja bez papieru

Zgadzam się, żeby informacje, które dotyczą mojej umowy ubezpieczenia wysyłać mi elektronicznie, w tym mejlowo. Dotyczy to informacji wysyłanych przed zawarciem umowy oraz w trakcie jej trwania. Moja zgoda obejmuje m.in.:

- potwierdzenie zawarcia umowy,
- zmiany warunków lub prawa, które dotyczą tej umowy.

TAK  NIE



## Dane pracownika, przy którym przystępujesz do ubezpieczenia

Jeśli zaznaczyłeś/łaś, że jesteś małżonkiem, partnerem lub pełnoletnim dzieckiem pracownika, to podaj jego dane.

Nazwisko

Imię

PESEL

## Oświadczenie o związku pozamatelńskim

Ja niżej podpisany Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią

Nazwisko Partnera

Imię Partnera

PESEL

w związku pozamatelńskim od dnia:

-   -

D D M M R R R R

## Uposażeni – osoby, którym wypłacimy pieniądze w przypadku Twojej śmierci.

### Dane osób Uposażonych

Zdecyduj ile procent wypłaty powinni otrzymać. Udział procentowy powinien sumować się do 100%.

**Uposażony 1**      Udział    %

Nazwisko

Imię

Data urodzenia (obowiązkowa)   -   -

D D M M R R R R

Obywatelstwo  polskie  inne

Kraj zamieszkania  Polska  inny

**Uposażony 2**      Udział    %

Nazwisko

Imię

Data urodzenia (obowiązkowa)   -   -

D D M M R R R R

Obywatelstwo  polskie  inne

Kraj zamieszkania  Polska  inny



Uposażony 3      Udział      %

Nazwisko  

Imię  

Data urodzenia (obowiązkowa)     -   -      
D D M M R R R R

Obywatelstwo    polskie    inne  

Kraj zamieszkania    Polska    inny  

Uposażony 4      Udział      %

Nazwisko  

Imię  

Data urodzenia (obowiązkowa)     -   -      
D D M M R R R R

Obywatelstwo    polskie    inne  

Kraj zamieszkania    Polska    inny  

**Oświadczenie dotyczące odprawy pośmiertnej\***

\*ma zastosowanie wyłącznie w przypadku pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

W związku z opłacaniem przez Ubezpieczającego składki z tytułu Umowy głównej, wyrażam zgodę na wyznaczenie przez Ubezpieczającego Uposażonych podstawowych. Uposażeni podstawowi to osoby, które zgodnie z art.93 Kodeksu pracy, uprawnione są 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.

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.



## Oświadczenia i zgody

Oświadczenie, które dotyczy Pana/Pani stanu zdrowia. Proszę zaznaczyć TAK, jeśli co najmniej jedno stwierdzenie jest w Pani/Pana przypadku prawdziwe.

1. W dniu podpisania deklaracji przebywałam w zwołaniu lekarskim lub otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne.
2. Posiadam aktualne orzeczenie o trwałej niezdolności do pracy lub niepełnosprawności.
3. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia przebywałam w szpitalu, hospicjum, hospicjum domowym lub placówce dla przewlekle chorych.
4. W ciągu ostatnich 3 lat posiadałam(em) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczone w stosunku do mnie trwałą częściową lub całkowitą niezdolność do pracy

TAK  NIE

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.

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 Ubezpieczeniem.

Podpis

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

- Zgadzam się, aby, placówki medyczne, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, przekazywały na wniosek Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. informacje o stanie mojego zdrowia, udostępniały moją dokumentację medyczną oraz informacje, które pozwolą Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zweryfikować podane przeze mnie informacje o stanie zdrowia i ustalić prawo do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz jego wysokość.
- Zgadzam się, aby Narodowy Fundusz Zdrowia przekazywał na wniosek Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. informacje o tym, jakie placówki medyczne udzielały mi świadczeń zdrowotnych, w związku z wypadkiem albo innym zdarzeniem losowym, w celu ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
- Zgadzam się, żeby organy rentowe i inne instytucje odpowiedzialne za ustalanie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego (np. ZUS) udzielały na wniosek Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. informacji o stanie mojego zdrowia oraz udostępniały moją dokumentację medyczną.

## Assistance

Przystąpienie do programu Assistance będzie możliwe tylko, jeżeli występuje on w zakresie umowy ubezpieczenia.

### Assistance na wypadek nowotworu

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.

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 Polityką 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.

## Program Assistance

Wybieram wariant ubezpieczenia:  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 SE Spółka Europejska Oddział w Polsce.

Administratorem danych w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance jest Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie. Pełna treść obowiązku informacyjnego Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce znajduje się w załączniku do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Assistance.

Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałam/am i zapoznałam/am się z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia Assistance oraz Regulaminem Programu 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 zostałam objęta ochroną.

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 SE Spółka Europejska Oddział w Polsce przez Ubezpieczającego z Umowy ubezpieczenia zawartej z 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 SE Spółka Europejska Oddział w Polsce.

Ubezpieczony  TAK  NIE

### Ubezpieczenie Teleopieki Kardiologicznej

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.

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.

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

### Program assistance „Pandemia pod kontrolą”

Wybieram zakres świadczeń:  podstawowy  rozszerzony

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.

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”.

Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałam/am i zapoznałam/am się z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Assistance „Pandemia pod kontrolą” oraz Regulaminem Programu „Pandemia pod kontrolą”.

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 zostałam objęta ochroną.

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.

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.

Ubezpieczony  TAK  NIE



## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

### Chcemy być bliżej Ciebie!

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

Zgadzam się na kontakt – chcę otrzymywać propozycje NN:

Ubezpieczony  Tak  Nie elektronicznie (SMS, e-mail, w serwisie i aplikacji NN)  
Ubezpieczony  Tak  Nie telefonicznie

## Oświadczenie Ubezpieczonego

Potwierdzam, że jestem zainteresowany grupowym ubezpieczeniem na życie.

Potwierdzam, że jestem świadomy zakresu grupowego ubezpieczenia na życie, do którego przystępuję wypełniając niniejszą deklarację.

Ubezpieczony

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Wzór podpisu

Data

		-			-				
D	D		M	M		R	R	R	R

## Oświadczenie Ubezpieczającego

Oświadczam, że osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje z Ubezpieczającym w stosunku prawnym wskazanym w deklaracji.

Oświadczam również, że osoba przystępująca do ubezpieczenia świadczy pracę osobiście i otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie (oświadczenie o zatrudnieniu nie dotyczy małżonka, partnera, pełnoletniego dziecka).

Poświadczam, że osoba przystępująca do ubezpieczenia posiadała wcześniej Ubezpieczenie Grupowe.

TAK  NIE

Data rozpoczęcia

		-			-				
D	D		M	M		R	R	R	R

Data zakończenia ochrony

		-			-				
D	D		M	M		R	R	R	R

Ubezpieczający/Uprawniony przez Pracodawcę

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Wzór podpisu

Data

		-			-				
D	D		M	M		R	R	R	R



## Pełna ankieta medyczna (proszę udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania)

Wzrost \_\_\_\_\_ cm

waga \_\_\_\_\_ kg

TAK NIE

1. 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?

Nazwa badania \_\_\_\_\_

Data badania \_\_\_\_\_

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.

\_\_\_\_\_

2. Czy w ciągu ostatnich 2 lat zasięgałeś/eś porady lekarskiej z powodów innych niż krótkotrwałe i przejściowe schorzenia (np. przeziębienie) lub zamierzasz zasięgnąć takiej porady w najbliższej przyszłości?

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej. Podaj informacje o przyczynie konsultacji i podjętym leczeniu lub zleconych badaniach.

\_\_\_\_\_

3. Czy w ciągu ostatnich 2 lat lub obecnie przyjmujesz jakiegokolwiek leki przez okres dłuższy niż 30 kolejnych dni?

Od \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ nadal \_\_\_\_\_

Prosimy o podanie przyczyny leczenia, nazwa leku, dawka.

\_\_\_\_\_

4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przebywałeś/eś na leczeniu w szpitalu, byłeś/eś operowana lub czy zalecono Ci leczenie szpitalne lub operację?

Rok i miesiąc leczenia \_\_\_\_\_ Przyczyna \_\_\_\_\_

M M R R R R

Prosimy o dołączenie kopii karty wypisu ze szpitala wraz z wynikiem badania histopatologicznego (jeżeli było wykonywane), oraz innej posiadanej dokumentacji medycznej.

5. Czy w ciągu ostatnich 2 lat przebywałeś/eś na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni lub czy występuje u Ciebie jakiegokolwiek ograniczenie zdolności do wykonywania pracy?

Od \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ nadal \_\_\_\_\_

nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.

6. Czy kiedykolwiek ubiegałeś/eś się o przyznanie lub obecnie masz orzeczoną rentę inwalidzką, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o niepełnosprawności lub świadczenie rehabilitacyjne?

Od \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ nadal \_\_\_\_\_

nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.

7. Czy kiedykolwiek wystąpiły lub występują u Ciebie poniższe dolegliwości lub chorowałeś lub chorujesz na:

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej danej choroby.

- a) chorobę wieńcową, bóle w klatce piersiowej, zawał serca, wadę serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, choroby tarczycy?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_

M M R R R R

- b) udar mózgu, krwawienie śródczaszkowe, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) lub inne?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_

M M R R R R

- c) krwioplucie, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, sarkoidozę, gruźlicę, astmę lub inne choroby układu oddechowego?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_

M M R R R R

- d) choroby przewodu pokarmowego w tym wrzodziejące zapalenie jelit, chorobę Crohna, chorobę żołądka lub dwunastnicy, dróg żółciowych, wątroby, trzustki, żółtaczkę, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, przepukliny lub inne

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_

M M R R R R



- e) choroby układu moczowego w tym przewlekłe zapalenie nerek, niewydolność nerek, kamicę nerkową, wielotorbielowatość nerek lub inne?
- Rok i miesiąc rozpoznania  Nazwa choroby / przyczyna   
M M R R R R R
- f) niedowładu, stwardnienia rozsianego, występowanie nieskoordynowanych ruchów, chroniczne przemęczenie, omdlenia, utraty przytomności, zawroty głowy, padaczkę, choroby kręgosłupa w tym dyskopatię, choroby stawów lub inne choroby układu nerwowego?
- Rok i miesiąc rozpoznania  Nazwa choroby / przyczyna   
M M R R R R R
- g) choroby psychiczne w tym nerwice, depresje, anoreksja, próby samobójcze?
- Rok i miesiąc rozpoznania  Nazwa choroby / przyczyna   
M M R R R R R
- h) choroby mięśni
- Rok i miesiąc rozpoznania  Nazwa choroby / przyczyna   
M M R R R R R
- i) choroby układu krwiotwórczego w tym białaczka, hemofilia, niedokrwistość lub inne
- Rok i miesiąc rozpoznania  Nazwa choroby / przyczyna   
M M R R R R R
- j) wskazania do przeszczepu narządu lub stan po przeszczepie?
- Rok i miesiąc rozpoznania  Nazwa choroby / przyczyna   
M M R R R R R
- k) zaburzenia widzenia?
- Rok i miesiąc rozpoznania  Nazwa choroby / przyczyna   
M M R R R R R
- l) guzy, nowotwór złośliwy, powiększone węzły chłonne, torbiele, polipy, podejrzane znamiona i inne?
- Rok i miesiąc rozpoznania  Nazwa choroby / przyczyna   
M M R R R R R
- ł) podwyższony poziom cholesterolu we krwi i wszelkie nieprawidłowości w badaniach krwi i moczu lub innych badaniach które wymagały porady lekarskiej, leczenia lub dalszego postępowania diagnostycznego?
- Rok i miesiąc rozpoznania  Nazwa choroby / przyczyna   
M M R R R R R
- m) inne choroby i nieprawidłowości występujące aktualnie lub w przeszłości, niewymienione powyżej?
- Rok i miesiąc rozpoznania  Nazwa choroby / przyczyna   
M M R R R R R
8. Czy w ciągu ostatnich 10 lat byłeś/eś lub obecnie jesteś uzależniona/y lub leczona/y z powodu nadużywania lub uzależnienia od alkoholu, lub innych środków odurzających, lub substancji psychotropowych lub lekarz wydał zalecenie zaprzestania spożywania alkoholu lub innych środków odurzających, lub substancji psychotropowych?
- Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej
- Rok i miesiąc  Przyczyna   
M M R R R R R
9. Czy występują u Ciebie jakiegokolwiek dolegliwości zdrowotne, będące wynikiem przebytego w przeszłości wypadku bądź urazu?
- Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej.
- Rok i miesiąc urazu  Dolegliwości   
M M R R R R R
10. Informacje dodatkowe:
- 

Podpis





## Klauzula informacyjna

### Kto jest administratorem Twoich danych i jak się z nim skontaktować?

Administratorem Twoich danych w związku z zawartą umową ubezpieczenia jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel 12.

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 Finance 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.

Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych – możesz się z nim skontaktować mailowo pod adresem: [iod@nn.pl](mailto:iod@nn.pl).

### Po co nam Twoje dane

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

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia procesu wypłaty świadczenia, co wiąże się z przetwarzaniem danych zawartych w dostarczonej nam przez Ciebie dokumentacji, 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 uniemożliwiałyby 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.

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 nam we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Na podstawie udzielonych nam informacji oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe oraz dostosowujemy dla Ciebie zakres ochrony. 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.

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, smsy, mmsy lub kierować do Ciebie przychodzące połączenia głosowe. Chcemy być dla Ciebie partnerem i kibicować Ci w ważnych dla Ciebie momentach – dlatego:

- 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.

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.

### Jak długo przetwarzane są Twoje dane

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 przekazywałeś Ci zgodnie z prawem.

### Kiedy możemy przekazywać dane 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 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.

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).

### Jakie masz prawa?

Jako osoba, której dane dotyczą, masz prawo:

- 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 – prześlemy 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.

