



## Twoje dane – Ubezpieczonego Your Data – Insured Person

Podaj swoje dane dane Enter your data

Nazwisko  
Last name

Imię  
Name

Data urodzenia  
Date of birth

 -  - 

(obowiązkowa w przypadku braku PESEL)  
(mandatory if there is no PESEL)

PESEL  
(Personal Identification Number)

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

Obywatelstwo  
Citizenship

polskie  
Polish

inne  
other

Kraj urodzenia  
Country of birth

Polska  
Poland

inny  
other

### Adres zamieszkania Address of residence

Ulica  
Street

Nr domu  
House No.

Nr mieszkania  
Apartment No.

Kod pocztowy  
Postcode

Miejscowość  
City/town

Kraj  
Country

Polska  
Poland

inny  
other

### Dane kontaktowe Contact Details

Nr telefonu  
Phone No.

E-mail

### Szybka komunikacja bez papieru Fast Paperless Communication

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.:

I agree that information that relates to my Insurance Agreement should be sent to me electronically, including by email. This applies to information sent prior to the conclusion of the Contract and during its duration. My consent includes, among others:

- potwierdzenie zawarcia umowy,
- zmiany warunków lub prawa, które dotyczą tej umowy.
- confirmation of the Agreement Conclusion
- changes in the terms or the law that applies to that Agreement.

TAK  
Yes

NIE  
No

## Dane pracownika, przy którym przystępujesz do ubezpieczenia Data of the Employee with whom you are joining the Group Life Insurance

Jeśli zaznaczyłeś/łaś, że jesteś małżonkiem, partnerem lub pełnoletnim dzieckiem pracownika, to podaj jego dane.  
If you have indicated that you are the Spouse, Partner, or Adult Child of the Employee, please provide their details.

Nazwisko <small>Last name</small>	<input type="text"/>
Imię <small>Name</small>	<input type="text"/>
PESEL <small>Personal Identification Number</small>	<input type="text"/>

## Oświadczenie o związku pozamatrimonialnym 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 <small>Partner's last name</small>	<input type="text"/>
Imię Partnera <small>Partner's name</small>	<input type="text"/>
PESEL <small>Personal Identification Number</small>	<input type="text"/>
w związku pozamatrimonialnym od dnia: <small>in a non-marital relationship since:</small>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	<small>D D M M R Y R Y R Y R Y</small>

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

Beneficiaries – the People to whom we will pay the money in the Event of your Death

### Dane osób Uposażonych Beneficiaries data

Zdecyduj ile procent wypłaty powinni otrzymać. Udział procentowy powinien sumować się do 100%.  
Decide how much of the withdrawal they should receive. The percentage should add up to 100%.

<b>Uposażony 1</b> <small>Beneficiary 1</small>	Udział <small>Share</small>	<input type="text"/>	%
Nazwisko <small>Last name</small>	<input type="text"/>		
Imię <small>Name</small>	<input type="text"/>		
Data urodzenia (obowiązkowa) <small>Date of birth (mandatory)</small>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
	<small>D D M M R Y R Y R Y R Y</small>		
Obywatelstwo <small>Citizenship</small>	<input type="checkbox"/> polskie <small>Polish</small>	<input type="checkbox"/> inne <small>other</small>	<input type="text"/>
Kraj zamieszkania <small>Country of residence</small>	<input type="checkbox"/> Polska <small>Poland</small>	<input type="checkbox"/> inny <small>other</small>	<input type="text"/>



## Oświadczenie dotyczące odprawy pośmiertnej\*

Declaration concerning severance pay\*

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

\*applies only to Employees with an employment contract.

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.

In connection with the payment by the Policyholder of the premium under the Main Contract, I consent that the Policyholder shall appoint the Primary Beneficiaries. Primary Beneficiaries are those who, in accordance with Article 93 of the Labour Code, are entitled to receive a death severance payment in the amount resulting from Article 93 § 4 and 5 of the Labour Code. Under the terms and conditions described in the Insurance Agreement, these persons shall be entitled to receive benefits under the Insurance Agreement in the amount of the post-mortem severance, however, no higher than the Sum Insured under the Main Contract, in the part corresponding to the premium paid by the Policyholder. At the same time, I authorise the Policyholder to provide Nationale-Nederlanden with the details of the Primary Beneficiaries together with the amount of the benefit due to them.

I appoint as the Additional Beneficiary(ies) to receive the portion of the insurance contract benefit remaining after the claims of the Primary Beneficiaries referred to above have been settled, the Beneficiaries indicated below.

## Oświadczenia i zgody Declarations and Consents

Oświadczenie, które dotyczy Pana/Pani stanu zdrowia. Proszę zaznaczyć TAK, jeśli co najmniej jedno stwierdzenie jest w Pani/Pana przypadku prawdziwe.  
A statement that refers to your health condition. Please select YES if at least one statement is true in your case.

1. W dniu podpisania deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim lub otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne.  
I am on sick leave or receiving rehabilitation benefits on the day I sign the declaration.
2. Posiadam aktualne orzeczenie o trwałej niezdolności do pracy lub niepełnosprawności.  
I have a valid certificate of permanent incapacity or disability.
3. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia przebywam w szpitalu, hospicjum, hospicjum domowym lub placówce dla przewlekłe chorych.  
I am in a hospital, hospice, home hospice, or facility for the chronically ill on the day I sign the declaration.
4. W ciągu ostatnich 3 lat posiadałam(em) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczono w stosunku do mnie trwałą częściową lub całkowitą niezdolność do pracy  
I have had a disability certificate or have been declared permanently partially or totally incapacitated for work within the last 3 years.

TAK  NIE  
Yes No

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 odpowiednimi przepisami prawa.  
All the data I provide is complete and true. In the event of concealment or provision of false data, Nationale Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (hereinafter referred to as the “Insurer”) shall be free from liability in accordance with the relevant legal provisions.

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.  
I have received and familiarised 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 aware of all rights and obligations arising from my Insurance coverage.

Podpis Signature

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

I hereby consent to: (In the case of granting a consent, please  insert “X” in).

- 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.  
I agree that, at the request of Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., the medical facilities which provided me with medical services will provide me with information about my health condition, make available my medical records, and information which will enable Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. to verify the information about my health condition and determine the right to the benefit under the Insurance Agreement and its amount.
- 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 wysokość odszkodowania lub świadczenia.  
I authorise National Health Fund to provide, at the request of Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., information about which medical facilities have provided me with medical services in connection with an accident or other random event, in order to establish Nationale-Nederlanden's liability and the amount of damages or benefits.
- 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.  
I agree that, at the request of Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., the pension authorities and other institutions responsible for establishing the right to social insurance benefits (e.g. ZUS) may provide information about my state of health and give access to my medical records.

## Assistance

Przystąpienie do programu Assistance będzie możliwe tylko, jeżeli występuje on w zakresie umowy ubezpieczenia.  
It will only be possible to join the Assistance Programme if it is within the scope of the Insurance Agreement.

## 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 Programme 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 otrzymałem/am i zapoznałem/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.

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 signing this application I have received and read the Privacy Policy for the Additional Agreement for Cancer of the Insured (CCB)/Additional Contract for Cancer of the Spouse (SCCB) and the General Terms and Conditions of the Group Assistance Insurance for the Additional Contract for Cancer of the Insured/Supplementary Contract for Cancer of the Spouse.

## Program Assistance Assistance Programme

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

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.  
By choosing this option, I agree to be covered under the Group Assistance Insurance Agreement concluded between Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. and Chubb European Group SE Spółka Europejska Branch in Poland.

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. The data controller of the Group Assistance Insurance Agreement is Chubb European Group SE Spółka Europejska Branch in Poland with its registered office in Warsaw. The full content of the information obligation of Chubb European Group SE Spółka Europejska Branch in Poland can be found in the 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 familiarised myself with the General Terms and Conditions of Group Assistance Insurance and the Rules of the Assistance Programme.

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 Insurer 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 SE Spółka Europejska Oddział w Polsce przez Ubezpieczającego z Umowy ubezpieczenia zawartej z Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

I authorise Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. to submit my declaration of accession to the Group Assistance Insurance Agreement concluded between Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. and Chubb European Group SE Spółka Europejska Branch in Poland by the Policyholder from the Insurance Agreement 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 SE Spółka Europejska Oddział w Polsce.

I authorise the Policyholder to collect and submit to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. the premium for the costs of my cover under the Group Assistance Insurance Contract provided by Chubb European Group SE Spółka Europejska Branch in Poland.

Ubezpieczony  TAK  NIE  
Insured Person Yes No

## 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 Programme 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 TELEMEDYCYNA POLSKA 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 TELEMEDYCYNA POLSKA S.A. can be found in the Regulations of the Cardiological Telecare Programme.

Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/am i zapoznałem/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 familiarised myself with the Regulations of the Cardiological Telecare Programme as well as the General Terms and Conditions of Group Cardiological Telecare Insurance.

## Program assistance „Pandemia pod kontrolą” Assistance Programme “Pandemic under Control”

Wybieram zakres świadczeń:  podstawowy  rozszerzony  
I choose the scope 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 scope of benefits, I agree to be covered under the Group Assistance Insurance Agreement “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 of the Group Assistance Insurance Agreement “Pandemic under Control” is Europ Assistance S.A. with its registered office in France, 1 Promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers. The full provisions of the information obligation of Europ Assistance S.A. can be found in the Appendix to the General Conditions of 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 declare that 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” Programme before signing this application.

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 Insurer by electronic means using 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 authorise Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. to submit my declaration of accession to the Group Assistance Insurance Agreement “Pandemic under Control” concluded between Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. and Europ Assistance S.A. by the Policyholder from the Insurance Agreement 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.  
“Pandemic under Control” provided by Europ Assistance S.A.

Ubezpieczony  TAK  NIE  
Insured Person Yes No

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych Consent to Process 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 otoczymy Cię wszechstronną opieką! Przygotujemy dla Ciebie propozycje ubezpieczenia. Podpowiemy, jak dbać o zdrowie. Doradzimy. Interesujące, prawda?

In many life situations, you can have different needs. Let us protect you with comprehensive care!

We will prepare insurance proposals for you. We will support how to take care of health. We will advise you.

Interesting, isn't it?

Zgadzam się na kontakt – chcę otrzymywać propozycje NN:

I agree to be contacted – I want to receive NN proposals:

Ubezpieczony  Tak  Nie elektronicznie (SMS, e-mail, w serwisie i aplikacji NN)  
Insured Person Yes No electronically (SMS, e-mail, via service and NN mobile application)

Ubezpieczony  Tak  Nie telefonicznie  
Insured Person Yes No by phone

## Oświadczenie Ubezpieczonego Insured Person's Declaration

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 Agreement that I am entering into by completing this form.

Ubezpieczony Insured Person

Imię i nazwisko (czytelny podpis) First and last name (legible signature)

Wzór podpisu Specimen signature

Data

Date

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D		M	M	R	R	R	R	Y
D	D		M	M	Y	Y	Y	Y	Y

## Oświadczenie Ubezpieczającego Policyholder's Declaration

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

I declare that the person joining the Insurance is in a legal relationship with the Policyholder as indicated in the declaration.

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).

I also declare that the person joining the Insurance provides work personally and receives remuneration for this (the declaration of employment does not apply to a Spouse, Partner, Adult Child).

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

I certify that the person joining the insurance has previously had Group Insurance.

TAK  
YES

NIE  
NO

Data rozpoczęcia

Start date

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D		M	M	R	R	R	R	Y
D	D		M	M	Y	Y	Y	Y	Y

Data zakończenia ochrony

Insurance end date

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D		M	M	R	R	R	R	Y
D	D		M	M	Y	Y	Y	Y	Y

Ubezpieczający/Uprawniony przez Pracodawcę

Policyholder/Person Authorised by the Employer

Imię i nazwisko (czytelny podpis) First and last name (legible signature)

Wzór podpisu Specimen signature

Data

Date

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D		M	M	R	R	R	R	Y
D	D		M	M	Y	Y	Y	Y	Y

**Pełna ankieta medyczna** (proszę udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania) **Full Medical Questionnaire** (please answer all questions)

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

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

TAK  
Yes

NIE  
No

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?  
Has a physician recommended further diagnostics or treatment over the last 5 years after you conducted the following examinations: magnetic resonance (MR), computed tomography (CT), colonoscopy, endoscopy, angiography, biopsy, ultrasound examination, mammography, X-ray examination, ECG?

Nazwa badania \_\_\_\_\_  
Name of examination

Data badania \_\_\_\_\_  
Date of examination

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.  
Please provide detailed information and attach copies of examination results.

\_\_\_\_\_

2. Czy w ciągu ostatnich 2 lat zasięgałaś/eś porady lekarskiej z powodów innych niż krótkotrwałe i przejściowe schorzenia (np. przeziębienie) lub zamierzasz zasięgnąć takiej porady w najbliższej przyszłości?  
Have you consulted a physician over the last 2 years for reasons other than short-term and temporary diseases (e.g. cold) or do you intend to ask for such advice in the nearest future?

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej. Podaj informacje o przyczynie konsultacji i podjętym leczeniu lub zleconych badaniach.  
Please provide detailed information and attach copies of medical documentation. Please specify the reason for consultation and treatment undertaken or examinations recommended.

\_\_\_\_\_

3. Czy w ciągu ostatnich 2 lat lub obecnie przyjmujesz jakiegokolwiek leki przez okres dłuższy niż 30 kolejnych dni?  
Have you taken or do you currently take any medication longer than subsequent 30 days over the last 2 years?

Od \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ nadal \_\_\_\_\_  
Since Until Still

Prosimy o podanie przyczyny leczenia, nazwa leku, dawka.  
Please specify the reason for treatment, name of medication, dose.

\_\_\_\_\_

4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przebywałaś/eś na leczeniu w szpitalu, byłaś/eś operowana lub czy zalecono Ci leczenie szpitalne lub operację?  
Have you been hospitalised, operated on or had hospital treatment or surgery recommended in the last 5 years?

Rok i miesiąc leczenia \_\_\_\_\_ Przekazano \_\_\_\_\_  
Year and month of treatment Reason

Prosimy o dołączenie kopii karty wypisu ze szpitala wraz z wynikiem badania histopatologicznego (jeżeli było wykonywane), oraz innej posiadanej dokumentacji medycznej.  
Please attach a copy of hospital discharge certificate along with the results of histopathological examination (if conducted) as well as other medical documentation that you possess.

\_\_\_\_\_

5. Czy w ciągu ostatnich 2 lat przebywałaś/eś na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni lub czy występuje u Ciebie jakiegokolwiek ograniczenie zdolności do wykonywania pracy?  
Have you been on sick leave for more than 30 days in the last 2 years, or do you have any limitation on your ability to do your job?

Od \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ nadal \_\_\_\_\_  
Since Until Still

nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
name of disease / reason

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.  
Please provide detailed information and attach copies of examination results.

\_\_\_\_\_

6. Czy kiedykolwiek ubiegałaś/eś się o przyznanie lub obecnie masz orzeczoną rentę inwalidzką, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o niepełnosprawności lub świadczenie rehabilitacyjne?  
Have you ever applied for or currently receive a disability pension, a decision on inability to work, a decision on disability or rehabilitation benefits?

Od \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ nadal \_\_\_\_\_  
Since Until Still

nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
name of disease / reason

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.  
Please provide detailed information and attach copies of examination results.

\_\_\_\_\_



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

Have you ever had or are you experiencing the following health issues, or have you had or are you suffering from:

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

Please provide detailed information and attach copies of medical documentation related to a given disease.

TAK  
Yes

NIE  
No

- a) chorobę wieńcową, bóle w klatce piersiowej, zawał serca, wadę serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, choroby tarczycy?  
coronary disease, chest pain, myocardial infarction, heart defect, heart rhythm disorders, arterial hypertension, diabetes, thyroid diseases?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- b) udar mózgu, krwawienie śródczaszkowe, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) lub inne?  
brain stroke, intracranial bleeding, transient ischemic attack (TIA) or other?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- c) krwiopłucie, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, sarkoidozę, gruźlicę, astmę lub inne choroby układu oddechowego?  
hematoptysis, chronic bronchitis, emphysema, sarcoidosis, tuberculosis, asthma or other respiratory system diseases?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- d) choroby przewodu pokarmowego w tym wrzodziejące zapalenie jelit, chorobę Crohna, chorobę żołądka lub dwunastnicy, dróg żółciowych, wątroby, trzustki, żółtaczkę, wirusowego zapalenie wątroby typu B lub C, przepukliny lub inne  
digestive tract diseases, including ulcerative colitis, Crohn's disease, disease of stomach and duodenum, bile ducts, liver, pancreas, hepatitis B or C, hernia or other

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- e) choroby układu moczowego w tym przewlekłe zapalenie nerek, niewydolność nerek, kamicy nerkową, wielotorbielowatość nerek lub inne?  
urinary tract diseases, including chronic nephritis, renal failure, nephrolithiasis, polycystic kidney disease or other?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- f) niedowład, 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?  
paresis, multiple sclerosis (MS), uncoordinated movements, chronic fatigue, fainting, loss of consciousness, dizziness, epilepsy, spinal diseases, including discopathy, diseases of joints or other nervous system diseases?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- g) choroby psychiczne w tym nerwice, depresje, anoreksja, próby samobójcze?  
mental diseases, including neurosis, depression, anorexia, suicidal attempts?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- h) choroby mięśni  
muscle diseases

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- i) choroby układu krwiotwórczego w tym białaczka, hemofilia, niedokrwistość lub inne  
hemopoietic system diseases, including leukemia, hemophilia, anemia or other

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- j) wskazania do przeszczepu narządu lub stan po przeszczepie?  
indications for transplantation of an organ or state after transplantation?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- k) zaburzenia widzenia?  
vision impairment?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- l) guzy, nowotwór złośliwy, powiększone węzły chłonne, torbiele, polipy, podejrzane znamiona i inne?  
tumors, malignant neoplasm, enlarged lymph nodes, cysts, polyps, suspicious marks and other?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- 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?  
high cholesterol level and any irregularities in blood and urine tests or other examinations which required medical consultation, treatment or further diagnostics?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

- m) inne choroby i nieprawidłowości występujące aktualnie lub w przeszłości, niewymienione powyżej?  
other diseases and irregularities in the presence or in the past that have not been mentioned above?

Rok i miesiąc rozpoznania \_\_\_\_\_ Nazwa choroby / przyczyna \_\_\_\_\_  
Year and month of diagnosis \_\_\_\_\_ Name of disease / reason \_\_\_\_\_  
M M R R R R  
M M Y Y Y Y

TAK  
Yes

NIE  
No

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?

Have you been addicted to or treated due to your overuse of or addiction to alcohol, other intoxicating substances or psychotropic substances over the last 10 years or has the physician recommended that you stop consuming alcohol or other intoxicating substances or psychotropic substances?

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej

Please provide detailed information and attach copies of medical documentation.

Rok i miesiąc

Przyczyna

Year and month

M M R R R R  
M M Y Y Y Y

Reason

9. Czy występują u Ciebie jakiegokolwiek dolegliwości zdrowotne, będące wynikiem przebytego w przeszłości wypadku bądź urazu?

Do you experience any health issues which result from an accident or injury suffered in the past?

Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej.

Please provide detailed information and attach copies of medical documentation.

Rok i miesiąc urazu

Dolegliwości

Year and month of injury

M M R R R R  
M M Y Y Y Y

Health issues

10. Informacje dodatkowe:

Additional information:

Podpis Signature

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

#### Who is the Controller of your data and how to contact it

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. The Controller of your data in connection with the concluded Insurance Agreement is Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. with its registered office in Warsaw at 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.

If you have granted your consent to the processing of your personal data in order to receive marketing content, then the co-controller of you e-mail address and telephone number will be the entities from 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 offices at ul. Topiel 12 and Notus Finance S.A. with its registered office in Warsaw at ul. Marszałkowska 76. We are constantly developing, which is why our group may be extended to include new companies. They will also secure your health, life, property, or finance, which is why they will become co-controllers of your data. We will inform you of any of them by e-mail or text message.

Wyznaczyliśmy 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 – you can contact them at: [iod@nn.pl](mailto:iod@nn.pl).

### Po co nam Twoje dane

#### Why do we need your data

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

We process your data to the extent that enables us to identify you and achieve the following objectives:

- 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  
the conclusion and performance of the Insurance Agreement, including the performance of the claim payment process, which entails the processing of data contained in the documentation you provide to us, including medical records, and the performance of the claim process
- 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,  
the relevant laws force us to assess the insurance risk prior to the Insurance Agreement conclusion – therefore we process your data to that end (including the data on your health condition) and we do it in an automated way, as part of profiling,
- przeciwdziałamy praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – przepisy nakazują nam sprawdzić, czy nie zachodzą okoliczności, które uniemożliwiłyby nam zawarcie umowy z Tobą,  
we counteract money laundering and terrorism financing – the relevant laws force us to check whether there are any circumstances that prevent entry into the Insurance Agreement with you
- zapobiegamy przestępstwom ubezpieczeniowym na naszą szkodę – przeciwdziałamy i ścigamy takie przestępstwa, co jest naszym prawnie uzasadnionym interesem,  
we prevent Insurance offences to our detriment – we prevent and prosecute such offences, which is our legitimate interest,
- posiadamy także prawnie uzasadniony interes w zmniejszeniu ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z zawieranych przez nas umów ubezpieczenia, poprzez reasekurację,  
we also have a legitimate interest in mitigating Insurance risk arising from the Insurance Agreements concluded by us, by virtue of re-insurance,
- w naszym prawnie uzasadnionym interesie leży również dochodzenie roszczeń z zawieranych przez nas umów oraz obrona przed kierowanymi przeciwko nam roszczeniami, our legitimate interest consists also in seeking claims under the contracts we conclude as well as in the defense against any claims addressed to us,
- 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.  
as the data controller we are also entitled to process your data for marketing purposes – we conduct analytical activities with the use of your data and we make profiling; it allows us to get to know your expectations better, assess the efficiency of our activities 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 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 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 shall be automated – with no human intervention. To this end, we shall use any and all data that you provide to us in the application for conclusion of an Insurance Agreement. Based on the information provided to us, we assess the Insurance risk and adjust the coverage for you. The applied risk assessment methods are regularly tested to ensure their integrity, 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, smsy, mmsy lub kierować do Ciebie przychodzące połączenia głosowe. Chcemy być dla Ciebie partnerem i kibicować Ci w ważnych dla Ciebie momentach – dlatego:

You can also agree to receive the marketing content from us pertaining to the operations of the Nationale-Nederlanden Group in Poland. Depending on your choice when extending your consent to us, we shall send you e-mails, SMS and MMS or give you voice calls. We want to be your partner and support you during the important moments – therefore:

- wyślemy Ci kartkę z życzeniami urodzinowymi czy gratulacjami z okazji narodzin dziecka. Małe gesty są dla nas bardzo ważne!  
we will send you a card with birthday wishes or congratulations on having a baby. Small gestures are very important to us!
- 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. we will also inform you of cases which concern us: what are we currently doing, how are we supporting our customers and how are we assessed. Our mission includes not only insurances and finances both also preventive healthcare. This means that we help others take care of their health: we provide guides and inform them of actions that we are involved in, in order to promote knowledge about health. These are for instance social campaigns, contests or promotions. These are matters and events may also be important to you. We want you to join us.

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 in any way you find preferable. Do you prefer to talk on the phone? We will call you. Do you prefer to receive e-mails, text messages or notifications on our website or in our application? We will send you information by electronic means.

## Jak długo przetwarzane są Twoje dane

### How long your data is 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 personal data for the term of the agreement and, after its termination, for the period of 10 years.

The consent that you grant to us is voluntary. This means that it is not a prerequisite for our cooperation and does not affect how we execute contracts. You can withdraw your consent at any time. We will process your data from the moment we obtain your consent and until your withdrawal. Just remember that any information sent to you until the withdrawal of consent have been transferred in a lawful manner.

## Kiedy możemy przekazywać dane innym podmiotom

### When can we transfer data to other entities

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 can transfer your data to other entities (so-called recipients) in order to properly execute the agreement and to ensure the appropriate organisation of our enterprise. Said recipients include, in particular, providers of IT solutions, entities supporting us in the damage handling process and debt collection, insurance agents, re-insurance companies, call centers and agencies. Each and every such an entity is bound by a relevant contract with us where we impose special obligations on them that are related to the processing of your data – so as to make them safe.

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 those entities may have their registered offices located in a country outside the European Economic Area. In such a case, the data is transferred on the basis of a decision of the European Commission, which determines whether the data will be protected properly. In lack of the aforementioned decision, we conclude so-called standard contractual clauses accepted by the European Commission. In order to obtain a copy of these clauses, please contact us 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, access your data and request rectification thereof, e.g. if it turns out that there is a mistake or if you change your phone number or address,
- być zapomnianym – możesz więc zażądać, abyśmy usunęli Twoje dane, be forgotten – you can demand for us to delete your data,
- żądania, abyśmy ograniczyli ich przetwarzanie, restrict the processing,
- otrzymać od nas swoje dane osobowe – prześlemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Tobie lub innemu administratorowi danych, którego wskażesz, receive your personal data – we will transfer it in a commonly used electronic format (e.g. PDF) to you or a different data controller indicated by you,
- tam, gdzie wskazaliśmy nasz prawnie uzasadniony interes jako podstawę przetwarzania Twoich danych, możesz wnieść tzw. sprzeciw wobec ich przetwarzania, np. celach marketingowych, in cases where we indicated our legitimate interest as the grounds for processing your data, you may raise so-called objection to its processing, including processing for marketing purposes.
- wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. lodge a complaint with the supervisory data protection authority. In Poland, this authority is the President of the Personal Data Protection Office.