

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj Polska inny

Nr telefonu

E-mail

Uposażeni (osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadkach określonych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia, PESEL jest obligatoryjny)**Uposażony 1**Udział %Nazwisko Imię PESEL Data urodzenia
(obowiązkowa)
D D M M R R R R

(numer paszportu/karty pobytu w przypadku braku PESEL)

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj Polska inny

Obywatelstwo polskie inne

Państwo urodzenia Polska inny

Uposażony 2Udział %Nazwisko Imię PESEL Data urodzenia
(obowiązkowa)
D D M M R R R R

(numer paszportu/karty pobytu w przypadku braku PESEL)



Adres korespondencyjny

Ulica	<input type="text"/>																							
Nr domu	<input type="text"/>	Nr mieszkania	<input type="text"/>	Kod pocztowy	<input type="text"/>																			
Miejscowość	<input type="text"/>																							
Kraj	<input type="checkbox"/> Polska	<input type="checkbox"/> inny	<input type="text"/>																					
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie	<input type="checkbox"/> inne	<input type="text"/>																					
Państwo urodzenia	<input type="checkbox"/> Polska	<input type="checkbox"/> inny	<input type="text"/>																					

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

Nazwisko	<input type="text"/>																							
Imię	<input type="text"/>																							
PESEL	<input type="text"/>																							

Oświadczenie o związku pozamałżeńskim

Ja niżej podpisany Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią

Nazwisko Partnera	<input type="text"/>																							
Imię Partnera	<input type="text"/>																							
PESEL	<input type="text"/>																							

w związku pozamałżeńskim od dnia:

<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

Oświadczenie

Niniejszym zgłaszam swoje przystąpienie do ubezpieczenia i oświadczam, że:

- 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.
(Jeśli zachodzi któraś z wymienionych w podpunkcie sytuacji proszę wskazać z tytułu jakiej choroby i w jakim czasie)

Podpis

- 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,
- 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.

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

- 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,
- występowanie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały 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.
- 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.
- udzielanie 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.



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 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.

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 Towarzystwo 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 otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Regulaminem Programu Teleopieki Kardiologicznej oraz Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Teleopieki Kardiologicznej.

Program Assistance

Wybieram wariant ubezpieczenia: light top

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.

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

Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia Assistance 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 zostałem objęty 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 Limited Sp. z o.o. 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 Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce.

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**

Ankieta medyczna (proszę udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania)

Wzrost _____ cm waga _____ kg

- | | TAK | NIE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Ciebie, chorobaś/eś, byłaś/eś leczona/ny, zasięgałaś/eś porady lekarskiej, miałaś/eś lub masz wskazania lekarskie do diagnostyki lub masz zamiar poddać się badaniom w kierunku jakiegokolwiek z niżej wymienionych chorób: | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prosimy o podanie szczegółowych informacji (nazwa choroby, data rozpoznania, leczenie, przyczyna, dawkowanie leku) oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej: | | |
| <hr/> | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prosimy o podanie szczegółowych informacji (nazwa choroby, data rozpoznania, leczenie, przyczyna, dawkowanie leku) oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej: | | |
| <hr/> | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prosimy o podanie szczegółowych informacji (nazwa choroby, data rozpoznania, leczenie, przyczyna, dawkowanie leku) oraz dołączenie kopii dokumentacji medycznej: | | |
| <hr/> | | |



TAK NIE

2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat, byłeś/leś leczona/y szpitalnie, operowana/y lub zlecono Ci leczenie szpitalne? (z wyłączeniem: urazów/ złamań kończyn, operacji wyrostka robaczkowego/pęcherzyka żółciowego, ciąży, porodu, położu).
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.
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?
Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie kopii wyników badań.
4. Czy w ciągu ostatnich 2 lat przebywałeś/eś na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni? (z wyłączeniem: ciąży, złamań i skręceń kończyn dolnych i górnych, opieki nad dzieckiem).
Prosimy podaj powód.
5. Czy kiedykolwiek ubiegałeś/eś się o przyznanie lub obecnie masz orzeczoną rentę inwalidzką, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o niepełnosprawności, świadczenie rehabilitacyjne?
Prosimy o podanie szczegółowych informacji oraz dołączenie dokumentacji medycznej.

Oświadczenie Ubezpieczonego i Ubezpieczającego

Oświadczam, że Pracownik przystępujący do ubezpieczenia jest zatrudniony w podmiocie, który reprezentuję.

Oświadczam również, że Pracownik 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

- a. Potwierdzam, że jestem zainteresowany grupowym ubezpieczeniem na życie.
b. Potwierdzam, że jestem świadomy zakresu grupowego ubezpieczenia na życie, do którego przystępuję wypełniając niniejszą deklarację.
c. Potwierdzam, że zakres, suma ubezpieczenia oraz wysokość składki zawieranego ubezpieczenia odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

Ubezpieczający/Uprawniony przez Pracodawcę
Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Wzór podpisu¹

Data

D	D	M	M	R	R	R	R

Ubezpieczony
Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Wzór podpisu²

Data³

D	D	M	M	R	R	R	R

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



Kluczula informacyjna

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

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.

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.

Po co nam Twoje dane

Przetwarzamy Twoje dane oraz wskazanej przez Ciebie osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, w zakresie umożliwiającym nam Twoją identyfikację i realizację poniższych celów:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia procesu likwidacji szkody, co wiąże się z przetwarzaniem danych zawartych w dostarczonej nam przez Ciebie dokumentacji szkodowej, w tym dokumentacji medycznej oraz realizacji procesu reklamacyjnego
- przepisy prawa nakazują nam dokonać oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy – przetwarzamy więc Twoje dane w tym celu (w tym dane o stanie zdrowia) i robimy to w sposób zautomatyzowany, w ramach profilowania,
- przeciwdziałamy praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – przepisy nakazują nam sprawdzić, czy nie zachodzą okoliczności, które uniemożliwiłyby nam zawarcie umowy z Tobą,
- zapobiegamy przestępstwom ubezpieczeniowym na naszą szkodę – przeciwdziałamy i ścigamy takie przestępstwa, co jest naszym prawnie uzasadnionym interesem,
- posiadamy także prawnie uzasadniony interes w 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 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.

Możesz także wyrazić nam zgodę na otrzymywanie od nas treści marketingowych dotyczących działalności Grupy Nationale-Nederlanden w Polsce. W zależności od Twojego wyboru przy udzieleniu nam zgody, będziemy przysyłać Ci maile, smsy 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 przesyłamy Ci elektronicznie.

Przez 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 przekazywaliśmy 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.

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.

