

Numer Polisy

Przystąpienie do ubezpieczenia

Powrót z absencji / z urlopu wychowawczego /
ponowne przystąpienie

Zmiana danych osobowych / Uposażonych

Załącznik do Karty Rejestracyjnej Właściciela / Wspólnika

Nazwisko

Numer PESEL

Imię

Wyrażam zgodę na potrącanie przez Ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia opłaty na sfinansowanie składki za ubezpieczenie niżej wskazanej osoby.

Podpis Pracownika

(podpis powinien być zgodny ze wzorem podpisu złożonym przez Pracownika na Karcie Rejestracyjnej)

Data

Karta Rejestracyjna zamierzającego przystąpić do ubezpieczenia grupowego

Prosimy zaznaczyć „x” odpowiednio w kratkach poniżej.

Małżonka Właściciela / Wspólnika

Pełnoletniego Dziecka Właściciela / Wspólnika

Wypełnia odpowiednio Małżonek / Pełnoletnie Dziecko Właściciela / Wspólnika

1. Dane identyfikujące / adres

Nazwisko

Numer PESEL

Imię

Obywatelstwo

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy	Miejscowość	Telefon	
Adres e-mail			

W przypadku zmiany adresu zobowiązuję się każdorazowo informować o tym Towarzystwo.

2. Uposażeni

Zgodnie z warunkami Umowy na wypadek mojej śmierci wyznaczam jako Uposażonych:

Uposażony 1:

Nazwisko i imię

Data urodzenia

PESEL

Procentowy udział w świadczeniu

%

Uposażony 2:

Nazwisko i imię

Data urodzenia

PESEL

Procentowy udział w świadczeniu

%

Uposażony 3:

Nazwisko i imię

Data urodzenia

PESEL

Procentowy udział w świadczeniu

%

Suma udziałów: 100%

O ile nie ustalono inaczej, świadczenia zostaną podzielone w równych częściach pomiędzy Uposażonych, którzy pozostaną przy życiu po śmierci Ubezpieczonego.

Wyznaczam jako Uposażonych zastępczych (opcja nieobowiązkowa):

Uposażony zastępczy 1:

Nazwisko i imię

Data urodzenia

PESEL

Procentowy udział w świadczeniu

%

Uposażony zastępczy 2:

Nazwisko i imię

Data urodzenia

PESEL

Procentowy udział w świadczeniu

%

Suma udziałów: 100%

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

(złożony powyżej podpis będzie stanowił wzór podpisu Ubezpieczonego)

Data

3. Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Karty Rejestracyjnej otrzymałem/am informacje o przetwarzaniu danych osobowych, Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego, Warunki Ubezpieczenia Assistance oraz zostałem/am poinformowany/a o konieczności zapoznania się z ich treścią. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ubezpieczeniem na warunkach określonych w ww. dokumentach, jak również na wysokość sum ubezpieczenia.
- W przypadku, gdy zakres umowy grupowego ubezpieczenia obejmuje grupowe ubezpieczenie „Świadczenie Assistance”, przyjmuję do wiadomości, iż w ramach objęcia mnie ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia zawartej przez mojego Pracodawcę (Ubezpieczającego) z NNLife TUnŻiR S.A. (Ubezpieczycielem) będę dodatkowo objęty/a ochroną zgodnie z Warunkami „Świadczenia Assistance” oraz zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia:
 - „Opieka Medyczna” – w przypadku wyboru Pakietu Renta z Opieką medyczną,
 - „Twoje Dziecko” – w przypadku wyboru Pakietu Twoje Dziecko;w ramach Umowy Ramowej Ubezpieczenia, w której Ubezpieczycielem jest Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, a Ubezpieczającym – NNLife TUnŻiR S.A.
- Przyjmuję do wiadomości, iż NNLife TUnŻiR S.A. przetwarzać będzie moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści, w szczególności w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową) oraz że mam prawo dostępu do ich treści oraz do ich poprawiania.
- Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku, gdy zakres umowy grupowego ubezpieczenia obejmuje grupowe ubezpieczenie „Świadczenie Assistance”, Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce jako ubezpieczyciel, a NNLife TUnŻiR S.A. jako ubezpieczający przetwarzają będą moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści, w szczególności w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową). Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo dostępu do treści danych oraz do ich poprawiania.
- Niniejszym upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia NNLife TUnŻiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z Umowy Ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Kopię niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.
- Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia NNLife TUnŻiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności NNLife TUnŻiR S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.
- Niniejszym upoważniam NNLife TUnŻiR S.A. do wysyłania korespondencji adresowanej do mnie na adres Ubezpieczającego. Jednocześnie upoważniam Ubezpieczającego do odbioru w moim imieniu wyżej wymienionej korespondencji. 8. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na świadczenie usług za pomocą środków komunikacji elektronicznej przez Towarzystwo przy użyciu telefonu i poczty elektronicznej na zasadach określonych w Regulaminie świadczenia usług Telefonicznego Systemu Informacyjnego oraz Portalu internetowego e-klient przez NNLife TUnŻiR S.A. za pośrednictwem telefonu i systemu IVR oraz przy użyciu Internetu: – w zakresie informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia, w ramach której zostałem/am objęty/a ochroną. Tak Nie
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie przez NNLife TUnŻiR S.A. za pośrednictwem Portalu internetowego e-klient lub innego trwałego nośnika oraz za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji rocznej o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy Ubezpieczenia. Tak Nie

4. Deklaracja dobrego stanu zdrowia

- Czy stwierdzono u Pana/i chorobę, która wymaga leczenia i okresowych kontroli lekarskich? Tak Nie
- Czy zalecono lub zamierza Pana/i poddać się badaniu lekarskiemu, diagnostyce, leczeniu (albo jest w ich trakcie) lub poddać się zabiegom medycznym (poza rutynowymi badaniami kontrolnymi)? Tak Nie
- Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/i: chorobę serca lub układu krążenia, guza lub nowotwór, chorobę nerek, przewlekłą chorobę układu oddechowego, chorobę wątroby, układu nerwowego, chorobę psychiczną lub zaburzenia endokrynologiczne? Tak Nie

W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z powyższych pytań wymagane jest potwierdzenie zdolności ubezpieczeniowej na podstawie oświadczenia o stanie zdrowia.

W przypadku niepotwierdzenia zdolności ubezpieczeniowej Towarzystwo ma prawo nie wyrazić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podpisania przeze mnie niezgodnego z prawdą oświadczenia Towarzystwo w ciągu trzech lat od dnia złożenia takiego oświadczenia nie ponosi odpowiedzialności za skutki zatajonych lub podanych niezgodnie z prawdą okoliczności, o które zapytuje powyżej.

5. Podpis

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia Data

(podpis powinien być zgodny ze wzorem podpisu złożonym na 1 stronie Karty Rejestracyjnej)

Date

6. Wypełnia Ubezpieczający

Ubezpieczający (podpis, pieczęć firmy)

Kto jest administratorem danych osobowych?

Administratorem danych osobowych jest NNLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna (w skrócie NNLife TUnŻiR S.A.) z siedzibą przy ul. Przemysłowej 26, 00-450 Warszawa.

W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

Na podstawie przepisów prawa możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym informacje o stanie zdrowia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia, w tym informacje o stanie zdrowia,
- przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu i przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie uzasadnionego interesu administratora możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu tradycyjnego, czyli proponowania listownie umów ubezpieczenia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- podejmowania działań, których celem jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym,
- reasekuracji ryzyka, czyli przekazania części ryzyka z umowy ubezpieczenia innym uprawnionym do tego podmiotom.

Na podstawie udzielonej zgody możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu bezpośredniego za pomocą telefonu lub adresu e-mail, w tym proponowania dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy i po jej zakończeniu. Możemy to robić w sposób zautomatyzowany lub poprzez profilowanie danych,
- udostępnienia danych innym podmiotom z naszej Grupy Kapitałowej w celu proponowania przez nie usług.

Czy podanie danych osobowych jest konieczne?

Podanie nam danych jest:

- dobrowolne, ale niezbędne, w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz wykonania przez nas obowiązków prawnych,
- dobrowolne, gdy dane mają być przetwarzane lub udostępnione w celu marketingowym.

W jakim czasie będziemy przetwarzać dane osobowe?

Dane osobowe będziemy przetwarzać w czasie:

- zgodnym z przepisami prawa,
- obowiązywania zgody klienta, do momentu jej wycofania,
- niezbędnym do realizacji prawnie uzasadnionego interesu naszej firmy.

Komu możemy przekazać dane osobowe?

Możemy przekazać dane osobowe:

- podmiotom upoważnionym przez prawo, w tym przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 11.09.2015 r.,
- podmiotom zewnętrznym, które świadczą dla nas usługi do wykonania umowy,
- podmiotom zewnętrznym na podstawie udzielonej zgody.

Zapewniamy, że w przypadku podmiotów znajdujących się poza granicami Unii Europejskiej, dane są przekazywane zgodnie z treścią Standardowych Klauzul Umownych, które zatwierdziła Komisja Europejska, lub na podstawie innych odpowiednich zabezpieczeń (przysługuje prawo do uzyskania ich kopii). Podmioty te stosują właściwe zabezpieczenia ochrony danych osobowych.

Jakie są prawa osoby, która przekazała nam dane?

Osoba, która przekazała nam dane, ma prawo do:

- dostępu do nich,
- ich poprawiania,
- przenoszenia danych,
- wycofania zgody na przetwarzanie,
- ograniczenia przetwarzania,
- żądania usunięcia swoich danych,
- wyrażenia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych w celu marketingowym.

Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie przez nas danych osobowych, zanim ta zgoda została wycofana

Osoba, która udostępnia nam swoje dane, ma prawo zgłosić skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Pytania związane z przetwarzaniem przez nas danych osobowych prosimy kierować do naszego Inspektora Danych Osobowych na adres e-mail: ido@nn.pl.

Zespół Obsługi Klienta