

Polisa Grupowa nr Pracownik Małżonek pracownika Partner pracownika Pełnoletnie dziecko pracownika

Imię i nazwisko PESEL

Adres

Waga kg Wzrost cm Data urodzenia Płeć K M

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. z siedzibą w Warszawie danych dotyczących mojego stanu zdrowia w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.

Lp. Pytanie	Tak	Nie	W przypadku udzielenia odpowiedzi Tak prosimy o podanie szczegółów/wyjaśnień
1. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i dolegliwości wymienionych narządów: a) serca b) kręgosłupa/stawów c) płuc d) nerek e) wątroby, trzustki f) żołądka i jelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Nazwa choroby, występujące objawy, data diagnozy, następstwa/powikłania choroby, stosowane leczenie"/>
2. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i leczony/a z powodu następujących chorób: a) guzów b) cukrzycy c) nadciśnienia d) nowotworu e) zaburzeń nerwowych, psychicznych lub zachowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Nazwa choroby, występujące objawy, data diagnozy, następstwa/powikłania choroby, stosowane leczenie"/>
3. Czy w ciągu ostatnich 5 lat miał/a Pan/i jakąkolwiek operację chirurgiczną lub przebywał/a Pan/i w szpitalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Prosimy o podanie powodu i daty operacji/pobytu w szpitalu. Dodatkowo prosimy o załączenie kopii karty informacyjnej z wynikiem badania histopatologicznego, jeśli było wykonywane."/>
4. Czy zalecano Panu/i hospitalizację, operację, leczenie chirurgiczne, badania diagnostyczne, których nie dokonano/przeprowadzono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Prosimy o podanie kiedy i z jakiego powodu."/>
5. Czy ma Pan/i inne choroby i schorzenia, które nie zostały wymienione w niniejszym formularzu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Nazwa choroby, występujące objawy, data diagnozy, następstwa/powikłania choroby, stosowane leczenie"/>
6. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i stwierdzoną obecność wirusa HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Prosimy o podanie szczegółowych informacji."/>
7. Czy obecnie jest Pan/i pod obserwacją lub leczy się z powodu chorób przewlekłych albo przyjmuje leki na stałe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Prosimy o podanie rozpoznania, czasu trwania choroby oraz nazwy przyjmowanych leków."/>
8. Prosimy o podanie: – nazwiska i adresu lekarza leczącego obecnie lub – nazwy i adresu placówki medycznej sprawującej opiekę zdrowotną lub wykonującej badania			<input type="text"/>

Dodatkowe informacje (prosimy o wskazanie numeru pytania, którego dotyczy)

Niniejszym upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia Nationale-Nederlanden TUnŻ 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. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny niż Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. zakład ubezpieczeń do udostępnienia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Data

Podpis

Kto jest administratorem danych osobowych?

Administratorem danych osobowych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (w skrócie Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.) z siedzibą przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

Na podstawie uzasadnionego interesu administratora możemy przetwarzać dane osobowe w celu realizacji umowy, której stroną jest Państwa pracodawca lub zleceniodawca, a także dochodzenia roszczeń z tytułu tej umowy.

Czy podanie danych osobowych jest konieczne?

Podanie nam danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zawarcia i wykonania umowy oraz wykonania przez nas obowiązków prawnych.

W jakim czasie będziemy przetwarzać dane osobowe?

Dane osobowe będziemy przetwarzać w czasie:

- zgodnym z przepisami prawa,
- niezbędnym do realizacji prawnie uzasadnionego interesu naszej firmy,
- w którym możliwe jest dochodzenie roszczeń z tytułu umowy zawartej z Państwa pracodawcą lub zleceniodawcą.

Jakie dane będziemy przetwarzać?

Będziemy przetwarzać dane udostępnione w celu zarządzania kontaktami i relacjami służbowymi. Dane te obejmują dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, PESEL), służbowe dane kontaktowe (służbowy adres e-mail, służbowy nr telefonu).

Od kogo mamy dane?

Dane osobowe otrzymaliśmy od Państwa pracodawcy lub zleceniodawcy.

Komu możemy przekazać dane osobowe?

Możemy przekazać dane osobowe:

- podmiotom upoważnionym przez prawo,
- podmiotom zewnętrznym, które świadczą dla nas usługi na podstawie zawartych umów.

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,
- ograniczenia przetwarzania,
- żądania usunięcia swoich danych,
- wyrażenia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych.

Osoba, której dane przetwarzamy, 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: iod@nn.pl.

Zespół Obsługi Klienta