



Numer Polisy

4028

- Przystąpienie do ubezpieczenia
- Powrót z absencji / z urlopu wychowawczego / ponowne przystąpienie
- Przystąpienie do Pakietu Dodatkowego
- Zmiana wariantu ubezpieczenia / liczby jednostek ubezpieczeniowych
- Wskazanie lub zmiana Partnera
- Zmiana danych osobowych / Uposażonych
- W czasie urlopu wychowawczego byłem/am objęty/a indywidualną kontynuacją Tak  Nie
- Rezygnuję z indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w celu przystąpienia do programu grupowego.

## GKR – Karta Rejestracyjna Pracownika – deklaracja przystąpienia

### 1. Dane identyfikujące / adres

Nazwisko											Numer PESEL				
Imię											Obywatelstwo				
Seria i numer dowodu osobistego / paszportu					Data urodzenia	DD	MM	RR	RR	RR	RR				
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:

<b>Uposażony 1:</b> Nazwisko i imię												
Data urodzenia	DD	MM	RR	RR	RR	RR	PESEL			Procentowy udział w świadczeniu		%
<b>Uposażony 2:</b> Nazwisko i imię												
Data urodzenia	DD	MM	RR	RR	RR	RR	PESEL			Procentowy udział w świadczeniu		%
<b>Uposażony 3:</b> Nazwisko i imię												
Data urodzenia	DD	MM	RR	RR	RR	RR	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):

<b>Uposażony zastępczy 1:</b> Nazwisko i imię												
Data urodzenia	DD	MM	RR	RR	RR	RR	PESEL			Procentowy udział w świadczeniu		%
<b>Uposażony zastępczy 2:</b> Nazwisko i imię												
Data urodzenia	DD	MM	RR	RR	RR	RR	PESEL			Procentowy udział w świadczeniu		%

**Suma udziałów: 100%**

### 3. Deklaracja aktywnego świadczenia pracy

Prosimy o wpisanie znaku „x” w odpowiednich kratkach:

Czy w dniu podpisania niniejszego dokumentu przebywa Pan/i na zwolnieniu lekarskim, urlopie bezpłatnym, wychowawczym, zasiłku rehabilitacyjnym lub w szpitalu?

Tak  Nie

Przyjmuję do wiadomości, iż Towarzystwo ma prawo do odmowy ubezpieczenia grupowego lub ograniczenia zakresu i sum ubezpieczenia zgodnie z OWU na życie.

Podpis Pracownika

(złożony powyżej podpis będzie stanowił wzór podpisu Ubezpieczonego)

Data

W przypadku osób, które nie ukończyły 18. roku życia, prosimy wypełnić poniższe dane o przedstawicielu ustawowym:

Nazwisko i imię

PESEL albo numer paszportu

Adres zamieszkania

Wyrażam zgodę na złożenie przez Ubezpieczonego powyższego oświadczenia.

Podpis przedstawiciela ustawowego

Data

#### 4. Oświadczenia Ubezpieczonego

- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Karty Rejestracyjnej otrzymałem/am informację 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.
- Zgadzam się na potrącanie z mojego wynagrodzenia opłaty na sfinansowanie składki ubezpieczeniowej, jeżeli tak przewiduje Umowa 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 przetwarzać 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.
- Przyjmuję do wiadomości, iż przystąpienie do ubezpieczenia grupowego bez uprzedniej rezygnacji z kontynuacji ubezpieczenia grupowego w ramach tej samej Umowy Ubezpieczenia nie wywołuje żadnych skutków prawnych i nie powoduje powstania odpowiedzialności ze strony Towarzystwa z wyjątkiem zwrotu Ubezpieczającemu nienależnie opłaconej składki.

#### 5. Upoważnienia Ubezpieczonego

- 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. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie NNLife TUNŻIR S.A. i jego reasekuratorom informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny niż NNLife TUNŻIR S.A. zakład ubezpieczeń do udostępnienia NNLife TUNŻIR 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 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 Pracodawcy (Ubezpieczającego). Jednocześnie upoważniam Ubezpieczającego do odbioru w moim imieniu wyżej wymienionej korespondencji.
- 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.
- 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

#### 6. Wybór wariantu ubezpieczenia

Prosimy wypełnić w zależności od kształtu oferty i wybranego zakresu ubezpieczenia.  
Wnioskuje o objęcie mnie ubezpieczeniem na życie zgodnie z poniższym\*:

Nazwa pakietu ubezpieczeniowego	Wariant / Ilość jednostek	Składka
<b>Pakiet Podstawowy</b> (jeśli Umowa przewiduje możliwość wyboru, należy wpisać numer lub nazwę wariantu i składkę)		
<b>Pakiet Dodatkowy</b> (jeśli Umowa przewiduje możliwość wyboru, należy wpisać numer lub nazwę wariantu i składkę)		
<b>Jednostka ubezpieczeniowa</b> (jeśli Umowa przewiduje możliwość wyboru jednostek, należy wpisać ich ilość i składkę)		
<b>Pakiet Renta z Opieką medyczną</b> (jeśli Umowa przewiduje, należy wpisać numer wariantu i składkę)		
<b>Pakiet Twoje Dziecko</b> (jeśli Umowa przewiduje, należy wpisać numer wariantu i składkę)		
* Towarzystwo potwierdzi wysokość sumy ubezpieczenia i datę objęcia ochroną.		Składka łączna:

#### 7. Wskazanie Partnera

Wskazanie Partnera jest skuteczne wyłącznie w przypadku, gdy przewiduje to Umowa Ubezpieczenia.

Niniejszym oświadczam, że pozostaję w związku pozamałżeńskim oraz prowadzę wspólne gospodarstwo domowe ze wskazanym niżej Partnerem:

Nazwisko i imię

PESEL

#### 8. Podpis

W przypadku osób, które nie ukończyły 18. roku życia, prosimy wypełnić poniższe:  
**Wyrażam zgodę na złożenie przez Ubezpieczonego powyższego oświadczenia.**

Podpis Pracownika

Data

Podpis przedstawiciela ustawowego

Data

(złożony powyżej podpis będzie stanowił wzór podpisu Ubezpieczonego)

#### 9. Wypełnia Pracodawca

Niniejszym potwierdzam, że osoba zgłoszona do ubezpieczenia zatrudniona jest na podstawie:

- umowy o pracę       umowy-zlecenia       prowadzi własną działalność gospodarczą i współpracuje z Ubezpieczającym
- innej formy zatrudnienia / współpracy (prosimy podać jakiej)

Data zatrudnienia Pracownika

Data nabycia uprawnień do ubezpieczenia\*

Wnioskowana data objęcia Pracownika ubezpieczeniem grupowym

\* Jeżeli umowa ubezpieczenia przewiduje kwalifikację do ubezpieczenia na podstawie formy zatrudnienia, stażu pracy lub innych określonych w umowie kryteriów, to prosimy o podanie daty spełnienia tych warunków

Ubezpieczający (podpis, pieczęć firmy)

## 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](mailto:iod@nn.pl).

Zespół Obsługi Klienta