



Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu rekonwalescencji, pobytu w sanatorium, trwałego inwalidztwa na zdrowiu oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy

Polisa nr

Pamiętaj, że zamiast drukować formularz papierowy możesz w szybki i wygodny sposób zgłosić zdarzenie przez stronę internetową:
www.nn.pl/zglos-zdarzenie.

Ubezpieczający

Nazwa firmy

NIP/REGON

Ubezpieczony/Współubezpieczony

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

Uzpełnić tylko jeśli ubezpieczony nie posiada numeru PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości:

dowód osobisty

paszport

karta pobytu

mDowód*

(*jeśli potwierdzasz tożsamość w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden)

Dokument tożsamości

Seria/Nr

Termin ważności dokumentu

Państwo urodzenia

Obywatelstwo

Tel. kontaktowy

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Państwo

E-mail

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem poczty elektronicznej korespondencji związanej z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

TAK

NIE

Adres do korespondencji (wypełnij, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Państwo

Wypłata świadczenia z tytułu

Prosimy o zaznaczenie opcji znakiem „X”:

- Rekonwalescencji po pobycie w szpitalu
- Pobytu w sanatorium
- Trwałego inwalidztwa na zdrowiu Ubezpieczonego
- Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy
- Niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela
- Miesięcznej wypłaty na wypadek niezdolności do pracy

Wymagane dokumenty (opis wymaganych dokumentów znajduje się na 2 stronie)

- 1, 2, 3
- 1, 2, 4, 5
- 1, 6, 7, 8
- 1, 6, 7, 8
- 1, 6, 7, 8

Data zdarzenia

Przyczyna zdarzenia

wypadek (proszę podać):

datę nieszczęśliwego wypadku

Opis okoliczności zdarzenia/nieszczęśliwego wypadku:

Kiedy i gdzie udzielono pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku?

Czy w sprawę była zaangażowana Policja/Prokuratura?

TAK

NIE

W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę podać nazwę i adres Komendy Policji lub Prokuratury prowadzącej sprawę:

choroba (proszę podać):

datę wystąpienia pierwszych objawów

datę pierwszej konsultacji potwierdzającej rozpoznanie ww. jednostki chorobowej

dokładną datę ustalenia rozpoznania

Prosimy podać nazwiska i miejsce pracy lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/Panią w związku z ww. zachorowaniem w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej:

Imię i nazwisko lekarza

Adres miejsca pracy lekarza / adres szpitala lub ZOZ-u

Okres leczenia oraz data przyjęcia i wypis ze szpitala

Wymagane dokumenty¹

1. dokument potwierdzający tożsamość osoby występującej z wnioskiem (np. dowód osobisty, paszport lub karta pobytu),
2. karta informacyjna z leczenia szpitalnego
3. kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital
4. skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawione przez lekarza i potwierdzone przez osobę upoważnioną przez NFZ
5. dokumentacja medyczna potwierdzająca odbycie pobytu w sanatorium
6. karta z udzielenia pierwszej pomocy w SOR/Izbie Przyjęć, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań, opinia lekarza prowadzącego dotycząca stanu zdrowia po przebytych urazach
7. orzeczenie inwalidztwa, orzeczenie o niezdolności do pracy, kopie zwolnień lekarskich
8. dokument potwierdzający zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny

Sposób wypłaty

Przelew na rachunek bankowy

Nr rachunku

Dane właściciela rachunku (proszę wypełnić jeśli właścicielem rachunku jest inna osoba niż występująca z wnioskiem)

Nazwisko/Nazwa

Imię

Państwo zamieszkania/Państwo siedziby firmy

Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu Umowy regulują przepisy:

a) w przypadku osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,

b) w przypadku osób prawnych – art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

Oświadczenie przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden

Potwierdzam, że przeprowadziłam/em weryfikację tożsamości osoby składającej wniosek oraz, że dane we wniosku są zgodne z dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby składającej wniosek.

Ubezpieczony
PESEL

Podpis

Data

Ubezpieczający
(wypełnić w przypadku wypełniania
w obecności Ubezpieczającego)
Podpis

Data

Pieczęć Ubezpieczającego

Data

Rodzic lub inny opiekun prawny ubezpieczonego Dziecka
Podpis

Data

Przedstawiciel lub pracownik biura
Nationale-Nederlanden
Podpis

Data

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Kto jest administratorem Twoich danych

Administratorem Twoich danych osobowych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., który ma siedzibę w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12.

Aby się z nami skontaktować, możesz wysłać:

- list na adres naszych siedzib: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
- e-mail na: info@nn.pl.

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Możesz się z nim kontaktować w sprawach, które dotyczą ochrony danych osobowych. Jego adres e-mail to: iod@nn.pl.

Po co nam Twoje dane osobowe

Przetwarzamy Twoje dane osobowe, aby:

- Wykonać umowę ubezpieczenia, w tym przeprowadzić likwidację szkody. Wiąże się to z przetwarzaniem danych zawartych w dokumentach, które do nas przesyłasz, w tym w dokumentach medycznych.
- Realizować reklamacje, która jest związana z umową, co stanowi nasz uzasadniony prawnie interes.
- Przeciwdziałać praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Przepisy zobowiązują nas do sprawdzenia czy nie ma okoliczności, które uniemożliwiłyby nam realizację Twojego wniosku.
- Analizować wnioski pod kątem przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Stanowi to nasz prawnie usprawiedliwiony interes, jakim jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym.
- Realizować obowiązki, które są nałożone na nas przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
- Bronić się przed ewentualnymi roszczeniami, które są związane z umową ubezpieczenia.

Podanie przez Ciebie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji Twojego wniosku.

Kto może mieć dostęp do Twoich danych

Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (odbiorcom). Robimy to, aby prawidłowo realizować umowę i zapewnić odpowiednią organizację przedsiębiorstwa.

Odbiorcami będą w szczególności:

- dostawcy rozwiązań informatycznych,
- podmioty wspierające nas w procesie likwidacji szkód oraz windykacji należności,
- agenci ubezpieczeniowi,
- zakłady reasekuracji,
- call center,
- agencje i firmy marketingowe.

Z każdym z tych podmiotów zawarliśmy umowy, w których nałożyliśmy na nich obowiązki związane z przetwarzaniem i ochroną Twoich danych. Niektóre z tych podmiotów mogą mieć siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Dane do tych krajów przesyłamy w oparciu o decyzję wydaną przez Komisję Europejską lub standardowe klauzule umowne. Masz prawo otrzymać kopie tych klauzul. W tym celu możesz wysłać wniosek na adres: iod@nn.pl.

Jakie masz prawa w związku z przetwarzaniem danych

W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych, przysługują Ci następujące prawa:

- masz prawo dostępu do swoich danych i możesz zażądać, żebyśmy je sprostowali, np. jeśli okaże się, że jest w nich błąd, lub gdy zmienisz numer telefonu czy adres;
- masz prawo być zapomnianym/a – możesz więc zażądać, abyśmy usunęli Twoje dane;
- możesz złożyć tzw. sprzeciw wobec przetwarzania Twoich danych, w tym w celu marketingowym;
- możesz żądać, abyśmy ograniczyli ich przetwarzanie;
- możesz otrzymać od nas swoje dane osobowe – przekazemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Tobie lub innemu administratorowi danych, którego wskażesz;
- możesz wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Okres przetwarzania danych

Twoje dane osobowe będą przetwarzane do momentu aż:

- przedawnią się roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia oraz inne roszczenia, lub
- wygaśnie obowiązek przechowywania danych, który wynika z przepisów prawa. W szczególności obowiązek przechowywania dokumentów księgowych, które dotyczą umowy ubezpieczenia.