



## Wniosek o wypłatę świadczenia Pobyt w szpitalu lub operacja

Polisa nr \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko przedstawiciela lub pracownika biura  
Nationale-Nederlanden

\_\_\_\_\_  
Nr przedstawiciela

\_\_\_\_\_  
Nr oddziału

Wypełnij formularz drukowanymi literami. Możesz to zrobić elektronicznie przed wydrukowaniem i podpisaniem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:  Pobyt w szpitalu  Operacja

### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczony nie posiada nr PESEL

Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania** (uzupełnić, jeżeli osoba uprawniona do świadczenia jest osobą występującą z wnioskiem)

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Państwo \_\_\_\_\_

**Dane kontaktowe** (opcjonalnie) – jeśli podasz dane inne niż te, które mamy, zaktualizujemy je.

Tel. kontaktowy +48 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem niezabezpieczonej poczty elektronicznej korespondencji dotyczącej złożonego wniosku.  Tak  Nie

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

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Państwo \_\_\_\_\_

### Dane osoby, która występuje z wnioskiem o wypłatę świadczenia (uzupełnij, jeżeli jest inna niż ubezpieczony)

- w przypadku gdy Ubezpieczony jest osobą małoletnią prosimy o podanie danych rodzica/opiekuna prawnego;
- w przypadku pełnomocnictwa prosimy o podanie danych pełnomocnika.

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Uzupełnić tylko, jeśli Ubezpieczony nie posiada nr 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 \_\_\_\_\_

Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

## Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Państwo \_\_\_\_\_

**Dane kontaktowe** (opcjonalnie) – jeśli podasz dane inne niż te, które mamy, zaktualizujemy je.

Tel. kontaktowy +48 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem niezabezpieczonej poczty elektronicznej korespondencji dotyczącej złożonego wniosku.  Tak  Nie

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

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Państwo \_\_\_\_\_

## Sposób wypłaty świadczenia

- przekięgowanie na polisę/wniosek nr \_\_\_\_\_
- przelew na rachunek bankowy

Nr rachunku \_\_\_\_\_

**Dane właściciela rachunku** (wypełnij jeżeli właścicielem rachunku jest inna osoba niż ta, która występuje z wnioskiem)

Nazwisko/Nazwa \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

Państwo zamieszkania/Państwo siedziby firmy \_\_\_\_\_

## Oświadczenie Ubezpieczonego

Prosimy podać powód pobytu w szpitalu:

- Wypadek  Choroba:
- pobyt nagły
  - pobyt planowy

W przypadku pobytu planowego podaj dane lekarza kierującego:

Imię i nazwisko lekarza \_\_\_\_\_

lub nazwa placówki \_\_\_\_\_

Adres miejsca pracy lekarza – szpital lub przychodnia

Ulica \_\_\_\_\_

Nr budynku \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

**W przypadku choroby podaj:**

- datę wystąpienia pierwszych objawów choroby \_\_\_\_\_
- datę wykonania badań potwierdzających rozpoznanie \_\_\_\_\_
- dokładną datę ustalenia rozpoznania \_\_\_\_\_
- czy w przeszłości stwierdzono podobne objawy lub rozpoznano jednostkę chorobową, które mogą mieć związek z obecną jednostką chorobową

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Prosimy podać:

- datę nieszczęśliwego wypadku (NW) - jeśli pobyt w szpitalu lub operacja był następstwem NW
- datę przyjęcia do szpitala
- datę wypisu ze szpitala
- datę operacji

_____
_____
_____
_____

### Prosimy odpowiedzieć na pytania

- Czy przebywał(a) Pan/Pani na oddziale intensywnej terapii?  Tak  Nie

Jeśli tak, proszę podać termin przebywania na ww. oddziale:

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

- Czy był(a) Pan/Pani czasowo nieobecny(a) w szpitalu za zgodą Lekarza?  Tak  Nie

Jeśli tak, proszę podać okres nieobecności:

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

### Oświadczenie Ubezpiezonego o okolicznościach nieszczęśliwego wypadku:

Oświadczam, iż w chwili wypadku, który miał miejsce w dniu \_\_\_\_\_, nie byłem(am) pod wpływem alkoholu, narkotyków, substancji toksycznych ani innych środków odurzających.

### Wymagane dokumenty<sup>1</sup>

- jeżeli wypełniasz wniosek samodzielnie (bez udziału przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden) dołącz do niego kopię ważnego dokumentu, który potwierdza Twoją tożsamość (np. dowodu osobistego, paszportu lub karty pobytu).
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań
- w przypadku NW: notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności NW lub w przypadku, gdy nie była wzywana policja oświadczenie opisujące okoliczności NW (jeżeli osoba uprawniona do świadczenia nie posiada notatki urzędowej z policji – prosimy podać informacje umożliwiające jej uzyskanie, tj. nazwę i adres instytucji, która ją posiada)

oraz:

- w przypadku, gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje inna osoba niż Ubezpieczony wymagane jest przedstawienie dokumentu pełnomocnictwa do reprezentowania tej osoby;
- rodzic/opiekun prawny składający wniosek o wypłatę świadczenia w imieniu osoby małoletniej jest zobowiązany do wykazania swojego uprawnienia do występowania w imieniu tej osoby (**rodzic**: skrócony odpis aktu urodzenia; **opiekun prawny**: zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem).

Dodatkowe informacje \_\_\_\_\_

### Oświadczenia i zgody

#### Osoba występująca z wnioskiem oraz Ubezpieczony

Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie, ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa (dalej: Nationale-Nederlanden) wolne jest od odpowiedzialności zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

Wyrażam zgodę na 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.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na 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.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. innemu zakładowi ubezpieczeń, na jego pisemne żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do: oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych danych, ustalenia prawa Ubezpiezonego do świadczenia z zawartej umowy i wysokości tego świadczenia, udzielenia posiadanych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. informacji o przyczynie śmierci Ubezpiezonego lub niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy i jego wysokości.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na 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.

TAK  NIE

Osoba występująca z wnioskiem

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Ubezpieczony

(jeśli jest inny niż osoba występująca z wnioskiem)

PESEL

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Rodzic lub inny opiekun prawny ubezpieczonego Dziecka

Podpis

Data

## 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.

Przedstawiciel lub pracownik biura

Nationale-Nederlanden

(w przypadku wypełnienia wniosku w obecności  
przedstawiciela lub pracownika 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.

Wyzaczyliśmy 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.